Lane Medical Library

Ein Beitrag zur

Lehre vom menstrualen Irresein.

INAUGURAL-DISSERTATION,

WELCHE

ZUR ERLANGUNG DER DOCTORWÜRDE

IN DER

MEDICIN UND CHIRURGIE

MIT ZUSTIMMUNG

DER MEDICINISCHEN FACULTÄT

DER

FRIEDRICH-WILHELMS-UNIVERSITÄT ZU BERLIN

am 16. Juli 1887

NEBST DEN ANGEFÜGTEN THESEN

ÖFFENTLICH VERTEIDIGEN WIRD

DER VERFASSER

Max Bartel

aus Haynau in Schlesien.

OPPONENTEN:

Hr. Dr. med. Otto Crone.
- Dd. med. Georg Grüning.
- Dr. med. Karl Weber.

BERLIN.

Buchdruckerei von Gustav Schade (Otto Francke).

Linienstr. 158.

Meinen teuren Eltern

als ein geringes Zeichen

kindlicher Liebe und Dankbarkeit

gewidmet.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40154013_0080

Die Ätiologie der Geisteskrankheiten hat bei den Frauen in weitaus höherem Masse als bei den Männern ihr Augenmerk auf das geschlechtliche Leben des Individuums zu richten, ist ja doch das geistige Leben des Weibes viel inniger als das des Mannes an das geschlechtliche Leben geknüpft. In allen Phasen der weiblichen Existenz, von dem ersten Eintritt der Menstruation beim jungen geschlechtsreifen Mädchen an, durch die lange Reihe von Jahren hindurch, in denen das voll entwickelte Weib gemäss seiner physiologischen Bestimmung seine geschlechtlichen Funktionen ausübt, bis hin zur Zeit des Verschwindens der Geschlechtsreife, lässt sich ein deutlicher Zusammenhang zwischen der sexuellen und der psychischen Sphäre beobachten. Wie eine jede somatische Umgestaltung notwendig auch eine psychische Umwandlung zur Folge hat, so bethätigen auch jene in den weiblichen Organismus tief eingreifenden physischen Veränderungen, welche einerseits den Beginn und das Ende der Zeugungsfähigkeit charakterisieren und andererseits durch die zwischen diesen beiden Lebensabschnitten liegenden physiologisch normalen geschlechtlichen Verrichtungen bedingt sind, ihren unverkennbaren Einfluss auf das Seelenleben, auf das ganze geistige Dasein des Weibes. Pubertät und Klimakterium auf der einen, Menstruation, Schwangerschaft und Entbindung, Puerperium und Laktation auf der anderen Seite sind diese somatischen Faktoren, welche, der individuellen Verschiedenheit entsprechend, eine mehr oder weniger tief einschneidende Bedeutung für die weibliche Psyche gewinnen können. Je bedeutungsvoller nun dieser sexuelle Einfluss im Geistesleben der Frau in Kraft tritt, je schroffer die Gegensätze sich geltend machen, welche die Umwandlung aller Gedanken, Anschauungen, Empfindungen, Gefühle und Triebe, kurz die ganze seelische Umstimmung des Weibes hervorruft, um so leichter wird die Möglichkeit gegeben sein, dass die bis dahin noch zur Breite der physiologischen Erscheinungen gehörigen Äusserungen des mit einem Male in neue Bahnen gelenkten Geistes- und Gemütslebens ins Bereich des Pathologischen verschlagen werden,

dass sich mit anderen Worten auf somatisch-sexueller Basis infolge krankhaft gesteigerter Gehirnthätigkeit eine akute oder chronische Geistesstörung entwickelt. Zu diesem im wesentlichen psychischen ätiologischen Momente treten dann jene direkt somatischen Ursachen hinzu, welche auf Grund der mehr oder weniger hochgradigen Veränderungen an den Geschlechtsorganen in erster Linie einen schädigenden, schwächenden Einfluss auf den gesamten körperlichen Organismus ausüben und nun erst mittelbar auch eine Beeinträchtigung des geistigen Wohlbefindens nach sich ziehen können. Wenn Griesinger seine Betrachtung der somatischen Ursachen der psychischen Krankheiten dahin zusammenfasst, dass „alle Herabsetzungen der Ernährung, alle wahren Schwächezustände, dass ferner alle Umstände, durch welche das Nervensystem überreizt wird, alle, welche Kongestionen nach den Centralorganen begünstigen, alle, welche die Ausbildung und Fixierung der nervösen Konstitution zur Folge haben, zu Ursachen des Irreseins werden können", so vermögen wir unter jede der aufgezählten Rubriken als entsprechenden treffenden Beleg die eine oder die andere somatische Ursache aus dem weiten Gebiete der normalen Geschlechtsthätigkeit des Weibes unterzuordnen. Erfahrungsgemäss fällt auch hierbei der durch hereditäre Belastung gegebenen Prädisposition des weiblichen Individuums zur Geisteserkrankung ätiologisch eine bedeutende Rolle zu, und ausserdem ist ja gerade das Weib vermöge seiner im Vergleich zum Manne viel zarteren Organisation, vermöge der geringeren Ausbildung seiner intellektuellen Funktionen und des stärkeren Hervortretens seines mehr in sich gekehrten, ganz in seinem eigentlichen Lebensberufe aufgehenden Gefühlslebens den vielen Gefahren für seine psychische Integrität in ganz besonderem Grade ausgesetzt. Es ist daher kein Wunder, dass es durch alle diese konkurrierenden Momente gerade bei ihm so leicht zu Störungen seines geistigen Gleichgewichts kommen kann.

Die Geschichte der Psychiatrie lehrt, dass erst vor kurzer Zeit, etwa um die Mitte dieses Jahrhunderts, im Gegensatze zu den philosophisch-psychologischen und naturphilosophisch-mystischen Anschauungen, wie sie diese Disziplin damals noch zeitigte, die sogenannte somatische Schule auftrat, welche behauptete, dass der unmittelbare Grund der Seelenstörungen im körperlichen Organismus zu suchen sei, sei es nun im Gehirn oder vorzugsweise in den extracerebralen Organen. Jedenfalls war Griesinger mit seinen Ausführungen über „die Pathologie und Therapie der psychischen Krankheiten" (1. Auflage 1845) in Deutschland der erste, welcher seine psychiatrischen Erfahrungen mit möglichster

Konsequenz an der Hand der pathologischen Anatomie durchzuführen suchte und mit grosser Schärfe die vorhandenen Wechselwirkungen zwischen der körperlichen und geistigen Verfassung des Individuums beleuchtete. Griesinger war es nun auch, welcher zuerst dem aus den verschiedenen Funktionen des weiblichen Geschlechtsystemes resultierenden Irresein seine Aufmerksamkeit widmete. Was zunächst die einzelnen Stadien des weiblichen Fortpflanzungsgeschäftes, also Gravidität, Puerperium und Laktation anlangt, so spricht er es bestimmt aus, dass dieselben unter allen Einflüssen aus den funktionellen Vorgängen innerhalb des Sexualapparates die wichtigsten Ursachen des weiblichen Irreseins abgeben. Weit weniger bestimmt drückt er sich aus, wo es sich um diejenigen störenden Einwirkungen auf das Seelenleben des Weibes handelt, welche ihren Ursprung auf die in den physiologischen Naturgesetzen begründeten Erscheinungen der beginnenden und der verschwindenden Geschlechtsreife, auf die Pubertät und das Klimakterium, zurückführen. In Bezug auf das erstere sagt er: „In der Zeit der Sexualentwicklung, besonders bei Störungen desselben, kommt — bei beiden Geschlechtern — öfters ein Irresein vor, welches noch die Hauptcharaktere der kindlichen Seelenstörungen an sich trägt.“ Und was das Klimakterium anbetrifft, so verweist er einfach auf die Notiz von Zeller, nach welcher an der grossen Zahl der psychischen Erkrankungen beim weiblichen Geschlecht zwischen dem 30. und 40. Lebensjahr „die welkende Blüte und die mit ihr schwindenden Hoffnungen auf Lebensglück“ Schuld seien; auch die grosse Zahl der Erkrankungen zwischen dem 40. und 50. Lebensjahr „möchte mit den Vorgängen der Involution zusammenhängen.“ Inbetreff der mit der Pubertät eintretenden und mit dem Klimakterium schwindenden Menstruation sagt Griesinger kurz, dass dieselbe und jede Art ihrer Störung grossen Einfluss auf die Ausbildung und den Verlauf der Geisteskrankheiten ausübe.

Die Geistesstörungen der Schwangeren, Wöchnerinnen und Säugenden sind seitdem wiederholt (u. a. durch Ripping) Gegenstand eingehender Untersuchungen geworden und bilden mehrere klinisch wohl bekannte Gruppen in der Reihe der weiblichen Psychosen. Das Pubertätsirresein hat in den Ausführungen von Hecker, Schüle u. a. seine Besprechung gefunden, die Geistesstörungen im Klimakterium wurden vornehmlich von Kisch und v. Krafft-Ebing erschöpfend behandelt, besonders zahlreich aber sind die Arbeiten, in denen die Beziehungen der Menstruation zu Geistesstörungen veröffentlicht wurden. Allerdings

bedurfte es auch einer Reihe von eingehenden Beobachtungen der einschlägigen Krankheitsfälle, und erst vor ganz kurzer Zeit ist es v. Krafft-Ebing in Graz gelungen, die über die menstrualen Psychosen bis dahin herrschenden, vielfach sich widersprechenden Begriffe genügend zu klären. Seine im Jahre 1878 im Westphal'schen Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten (Band 8) erschienene Abhandlung: „Untersuchungen über Irresein zur Zeit der Menstruation", auf die wir weiter unten näher einzugehen haben werden, ist eine wertvolle monographische Studie, durch welche die bis dahin noch offene Frage, ob überhaupt der normale Prozess der Menstruation an und für sich in direktem ursächlichen Zusammenhange mit Geistesstörungen stehen kann, ihre definitive Erledigung gefunden haben dürfte.

Wenn der Verfasser dieser bescheidenen Arbeit sich hiermit erlaubt, die zur Zeit der Menstruation auftretenden Geisteskrankheiten einer Besprechung zu unterziehen, so kann er dies nicht in der Absicht thun, etwas Neues darüber zu bringen, sondern es geschieht lediglich mit dem Wunsche, einen kurzen litterar-historischen und einen kasuistischen Beitrag zu der Lehre von den genannten Psychosen liefern zu dürfen. Verfasser erhielt durch die Güte des Hrn. Geheimen Medicinal-Rats Prof. Dr. Westphal die Erlaubnis, je einen Fall von Irresein zur Zeit der Menstruation und von Irresein im Klimakterium, welche beide auf der psychiatrischen Station des Kgl. Charité-Krankenhauses zu Berlin zur Beobachtung kamen, an dieser Stelle zu veröffentlichen, und zwar hatte er selbst die Gelegenheit, den letzteren Fall genauer zu beobachten, als er — im Sommer 1886 — die Ehre hatte, auf der Frauenabteilung der genannten Station als Unterarzt thätig zu sein. Wenn die Nebeneinanderstellung dieser Fälle von zwei wesentlich differenten sexuellen Psychosen und die Einfügung des zweiten Falles in den Rahmen dieser Arbeit befremden sollte, so sei gleich von vornherein darauf hingewiesen, dass der zu schildernde Fall von Geistesstörung im Klimakterium in einer ganz bestimmten Beziehung zu den menstrualen Geistesstörungen steht, ja dass er in mehr als einer Hinsicht mit den bei menstrualen Psychosen hervortretenden Symptomen deutlich ins Auge fallende Ähnlichkeiten darbietet.

Die ersten Untersuchungen über die Beziehungen der Menstruation zu Geisteskrankheiten gingen zunächst aus von den mit organischen Erkrankungen des Geschlechtsapparates und daraus folgenden Störungen des Menstrualprozesses einhergehenden psychischen Alienationen. Die Kenntnis der Thatsache, dass pathologische Zustände innerhalb des Sexualsystems eine nach-

teilige Einwirkung auf die Hirnthätigkeit auszuüben im stande sind, war eben älter als die Kenntnis der nur zur Zeit des physiologischen Menstruationsvorganges auftretenden und mit demselben in kausalem Zusammenhange stehenden Psychosen. Schon im Jahre 1838 hatte Esquirol die Behauptung aufgestellt, dass Menstruationsstörungen bei dem sechsten Teile aller geisteskranken Frauen als die physische Ursache der psychischen Alterationen zu betrachten sei. In diesem Sinne betonte also auch Griesinger, wie oben kurz erwähnt, das besonders häufige Vorkommen von katamenialen Anomalieen, sei es nun, dass „bei zuvor gesunden Personen nach einer schnellen Cessation oder Unterdrückung der Periode akute lebhafte Hirnhyperaemie entsteht und unmittelbar darauf Geistesverwirrung, meist Tobsucht mit heftiger Gehirnkongestion, ausbricht", oder sei es, dass „der zu profuse Monatsfluss durch Anämie des Gehirns und allgemeiner Herabsetzung der Ernährung" sich zur direkten Ursache des Irreseins gestaltet. Immerhin bemerkt er bei der Erwähnung der zur Zeit der normalen Menses bei den meisten weiblichen Individuen zu beobachtenden grösseren Empfindlichkeit, Verdriesslichkeit und nervösen Erregtheit, dass bei manchen in der Zwischenzeit völlig normalen Individuen während der Periode „eine an Gemütskrankheit grenzende Verstimmung, Traurigkeit, Hypochondrie oder Grillenhaftigkeit" wahrzunehmen sei. Einen wesentlichen Schritt zur Kenntnis des eigentlichen menstrualen Irreseins thut der genannte Autor nur bei der Betrachtung der bei vielen geisteskranken Frauen immer zur Zeit des Eintrittes der Menstruation erfolgenden vermehrten Exaltation bezw. überhaupt allseitigen Steigerung der Geistesstörung; „in seltenen Fällen", sagt er, allerdings ohne weitere Ausführung, „hat man selbst nur periodisches Irresein während der Menstruation, jedesmal mit mehrwöchentlichem vollständigen lucidum intervallum, beobachtet".

Sehr eingehende Untersuchungen über „die Bedeutung des Menstrualprozesses und seiner Anomalieen für die Entwicklung und den Verlauf der psychischen Störungen" hat Schlager im Jahre 1858 veröffentlicht. Auch er ging von der Thatsache aus, dass jener physiologische Vorgang sowohl wie manche seiner Störungen eine der hervorragendsten Stellen in der Pathogenese der Geisteskrankheiten beim weiblichen Geschlecht einnimmt, gleichwohl aber richteten sich seine Beobachtungen vornehmlich und fast ausschliesslich auf den Einfluss der regelmässig oder unregelmässig verlaufenden Menstruation auf die Entfaltung und die Weiterbildung von bereits bestehenden psychischen Krankheiten.

Der Einfluss von Menstruationsanomalieen auf die eigentliche Genese von Psychosen bei bis dahin geistesgesunden Individuen ist nur zum ganz geringen Teile, der diesbezügliche Einfluss der normalen Menstruation dagegen gar nicht berücksichtigt worden. Für unsere Absicht, eine litterarisch-genetische Begriffsbestimmung für die menstrualen Psychosen herbeizuführen, ist die Erörterung des auf schon bestehende Psychosen ausgeübten Einflusses der menstrualen Anomalieen ohne Belang, wohl aber haben wir die kurzen im entgegengesetzten Sinne gemachten Ausführungen Schlager's etwas näher ins Auge zu fassen. Derselbe hat unter 350 geisteskranken Frauen, deren Menstruation Unregelmässigkeiten aufwies, 4 Fälle beobachtet, wo die von ihm als primitive Menostasie bezeichnete retardierte Menstruation (Amenorrhoe bei sexuell vollkommen entwickelten jungen Mädchen) krankhafte Hirnzustände im Gefolge hatte, die er als pathogenetische Begründung der betreffenden psychischen Anomalieen (in 3 Fällen Melancholia attonita, im vierten periodisch auftretende hochgradige Tobsucht) aufzufassen sich berechtigt glaubte; denn erst nach völliger Regelung des Menstrualprozesses, d. h. erst nach dem Eintritt der Katamenieen und der regelmässigen Wiederkehr derselben schwanden die in allen vier Fällen sehr lebhaft aufgetretenen Symptome andauernder Hirnkongestionen und stark gesteigerter Herzthätigkeit, sodass man von einer völligen geistigen Wiederherstellung sprechen durfte.

Wenngleich Schlager auf das periodische Auftreten der tobsüchtigen Erregtheit in dem einen Falle kein besonderes Gewicht legt und ebenso ohne weitere Beziehung des Umstandes Erwähnung thut, dass unter den drei Fällen von stuporöser Melancholie bei zweien die Erscheinungen gesteigerter Herzthätigkeit sich zeitweise zu beängstigendem Herzklopfen steigerten und die Kranken periodenweise aus ihrem apathischen Zustande aufrüttelten, so erscheinen uns gerade diese Andeutungen über die periodisch erscheinenden Exacerbationen der psychischen Leiden besonders des Hervorhebens wert. Wissen wir doch jetzt — um dieses kurz vorauszunehmen —, dass es bei bestehender Psychose gar nicht der eigentlichen menstrualen Blutung bedarf, um die Wiederkehr der Paroxysmen zur menstrualen Zeit herbeizuführen, sondern dass der physiologische, periodisch wiederkehrende Vorgang der Ovulation, der ja ganz gut ohne gleichzeitige uterine Blutung sich abspielen kann, als das Ausschlag gebende Moment für die periodische Wiederkehr der Irreseinsanfälle bezw. der mit regelmässigen Intervallen erfolgenden Exacerbationen innerhalb des Verlaufes der psychischen Affektion

anzusehen ist. Dass zwischen den periodisch gesteigerten Kongestionen zum Gehirn, die in den Schlager'schen Fällen in Erscheinung treten, und den zur Zeit der Amenorrhoe, also ohne menstrualen Blutfluss, regelmässig wiederkehrenden ovarialen Vorgängen, wie sie bei den geschlechtlich reifen weiblichen Individuen naturgemäss sich vollziehen, ein bestimmter unmittelbarer Zusammenhang gewaltet haben kann, ist eine bei der hinreichend bekannten Unabhängigkeit in den wechselseitigen Beziehungen zwischen Ovulation und Menstruation nicht absolut von der Hand zu weisende Vermutung. Und wenn auch Schlager auf die eventuelle Regelmässigkeit der zwischen den periodischen Steigerungen der Krankheitssymptome liegenden zeitlichen Intervalle nicht seine Aufmerksamkeit richtete, so erscheint es uns immerhin doch nicht überflüssig zu bemerken, dass gewisse damals nicht erkannte Beziehungen zwischen diesen Exacerbatianen und den monatlichen Funktionen des weiblichen Geschlechtsapparates wohl möglich waren. Träfe unsere Vermutung zu und würde sie nur mit Unrecht als eine müssige bezeichnet, so hätte der genannte Beobachter schon damals einen wesentlichen Beitrag zur Kenntnis der in Rede stehenden Psychosen geliefert.

Thatsächlich giebt Schlager einen wichtigen Beitrag zur Kenntnis dieser Psychosen bei seinen Betrachtungen über den Einfluss der normalen Menstruation auf bereits bestehende geistige Störungen. Bei 100 daraufhin untersuchten Kranken fand er bei 67 keine besonders auffallende Einwirkung auf die schon erkrankte Psyche, d. h. es zeigten sich nur dieselben Symptome, die auch bei Geistesgesunden zur Zeit der Menstruationsvorgänge so häufig hervortreten, nämlich einfache, leichte, vorübergehende psychische Aufregung oder Herabstimmung; dagegen zeigte sich bei den 33 übrigen ein deutlicher Einfluss des normalen Monatsflusses, welcher sich überall durch die „Erscheinungen gesteigerter Hirnerregung" charakterisierte. In 3 Fällen traten nach Ablauf einer durch Alkoholintoxikation hervorgerufenen akuten Tobsucht die seit 10—18 Tagen vollständig fortgebliebenen Erscheinungen akuter Hirnhyperaemie ohne sonstigen Anlass mit dem Beginn der zunächst darauffolgenden Periode wieder hervor, der Aufregungszustand (mit Tobsucht, Kongestion, Hallucinationen) hielt die ganze Menstrualzeit über an, trat jedoch mit deren Ablauf rasch wieder zurück; in einem Falle wiederholte sich dieser menstruale Paroxysmus noch zweimal nach einander. In 7 anderen Fällen zeigten sich die durch verschiedene andere Ursachen an Tobsucht erkrankt gewesenen Frauen 6—9 Monate hindurch regelmässig mit dem Beginn der Periode oder höchstens 1—2 Tage

vorher die Erscheinungen maniakalischer Aufregung, die mit dem Aufhören des Prozesses regelmässig verschwanden, um durchaus ruhigen intermenstrualen Intervallen Platz zu machen. Schlager bezeichnete diese Art der Erkrankung als „chronische Form der Tobsucht mit periodischer Aufregung", wir sehen in ihr den Übergang zu den Fällen von typischer periodischer Wiederkehr akuter Geistesstörung zur Zeit der Menstruationstermine, welche späterhin v. Krafft-Ebing wegen ihrer typischen Verknüpfung mit periodisch sich wiederholenden physiologischen Vorgängen als die „die reinste Form innerhalb der Vesania periodica darstellenden Krankheitsfälle" bezeichnete. Wir können hierbei insofern nur von einem Übergang zu den genannten Formen des periodischen Irreseins sprechen, als die citierten Schlager'schen Fälle in aetiologischer Beziehung noch gewisse, von der Menstruation unabhängige, von aussen her auf den Körper einwirkende Schädlichkeiten darboten, die für sich zunächst den Ausbruch der erstmaligen Krankheit verschuldeten, nach Ablauf dieser einmaligen Affektion aber für die spätere regelmässige Wiederkehr der Anfälle zur Zeit der Menses natürlich nicht verantwortlich gemacht werden dürfen. Für diese typisch menstrualen Anfälle bei anderweitig gegebener Disposition dürfte vielmehr, da es sich ja ausdrücklich um normales Verhalten der Katamenien handelt, in der That der periodisch sich wiederholende Prozess der Menstruation allein als das auslösende Moment zu betrachten sein.

Schlager's Studien über den Einfluss der normalen Periode auf die unter dem Bilde der Melancholie sich äussernden Geistesstörungen gehören nicht hierher, wohl aber können wir für unsere späteren Brtrachtungen schon an dieser Stelle der wichtigen Notiz Erwähnung thun, dass von 22 wegen Selbstmordversuches eingelieferten melancholisch erkrankten Frauen 7 denselben „während der eben fliessenden Menstruen" verübt hatten.

Das in mehr als einer Beziehung verdienstvolle Werk über die „Pathologie und Therapie der Geisteskrankheiten auf anatomisch-physiologischer Grundlage" von Schroeder van der Kolk (Braunschweig 1863), welches gerade den Einfluss der somatischen Verhältnisse auf die Umgestaltung der Psyche besonders ausführlich behandelt und namentlich der grossen Gruppe des „sympathischen Irreseins" d. h. den auf Affektionen entfernterer Organe, in der Bauch- oder Brusthöhle, im Verdauungsapparat oder an den Geschlechtsteilen beruhenden, durch Vermittlung des Sympathicus zu stande kommenden Geistesstörungen schenkt, bringt nichts über die menstrualen Beziehungen zur Geisteserkrankung. Es ist dies umsomehr zu verwundern, als Schroeder bei der Be-

trachtung der vom Geschlechtapparat ausgehenden — meist religiösen — Melancholie wiederholt der Menstruation und ihrer Anomalieen gedenkt. Auch Leidesdorf's im Jahre 1865 erschienenes ausführliches „Lehrbuch der psychischen Krankheiten" erwähnt den Einfluss von Gravidität, Wochenbett und Laktation, sowie der verschiedensten Genitalerkrankungen auf die Entstehung der Geistesstörungen, gedenkt aber der Menstruation mit keinem Worte.

Erst die im Jahre 1869 veröffentlichte gynäkologische Studie Krieger's über „die Menstruation" geht etwas näher auf jene ursächlichen Beziehungen ein. Unter den nervösen Erscheinungen, welche den Monatsfluss begleiten können und welche Krieger in sympathische, cerebrale und spinale Neurosen einteilt, sind für uns nur jene der zweiten Kategorie angehörigen psychischen Exaltationen von Wichtigkeit, welche als Folgeerscheinung der Menstruation sowohl quantitativ als qualitativ verschieden auftreten können und „zuweilen die Einleitung zu wirklichen Seelenstörungen bilden". Die psychischen Exaltationen bei Mädchen und Frauen mit sonst ruhigem Temperament können sich äussern in grösserer Lebhaftigkeit, lustiger Erregtheit, massloser Heftigkeit, in erotischen Regungen, leidenschaftlicher Eifersucht, wütendem Jähzorn mit tobsuchtähnlichen Anfällen u. s. w. Dadurch, dass diese Erscheinungen mit dem Aufhören der Periode verschwinden und erst bei der nächsten Periode in gleicher Weise wieder auftreten, dokumentieren sie sich als rein menstrualen Ursprunges. Es braucht dabei noch keine Seelenstörung angenommen werden, wenn es den Kranken vermöge des ihnen innewohnenden Sittlichkeitsgefühles noch gelingt, derartige Regungen, deren sie sich ihrer Erfahrung nach kurz darauf doch zu schämen haben werden, unter gewissen Verhältnissen wenigstens einigermassen zu unterdrücken. Dagegen aber muss eine Seelenstörung als vorhanden betrachtet werden, wenn die krankhaft gesteigerte Erregtheit eine solche Höhe erreicht hat, dass die Frauen ihr sonstiges Schicklichkeits- und Anstandsgefühl völlig ausser Acht lassen und ohne Rücksicht auf Zeit und Ort ihrer Leidenschaftlichkeit, oft in der schamlosesten Weise, die Zügel schiessen lassen. In solchen Fällen, meint Krieger, finden sich bei näherer Nachforschung neben diesen Erscheinungen immer noch andere Beweise von wirklicher geistiger Störung, und diese Art von geistiger Störung haben wir nun aetiologisch als psychische Konsequenz der Menstruation anzusehen. Wenngleich Krieger auch seinerseits in den weiteren speziellen Ausführungen den Einfluss der Menstruationsanomalieen in den Vordergrund stellt, so betont

er es doch ausdrücklich, dass es nicht erforderlich sei, dass der Menstrualprozess erheblich alteriert sei, dass insbesondere nicht durchaus eine Verringerung des Blutabganges bestehen müsse, um psychische Alienationen hervorzurufen; dieselben können im Gegenteil auch bei völlig normaler Menstruation auftreten, wo jede pathologische Veränderung dieser Funktion auszuschliessen ist. Leider fehlt eine kasuistische Begründung dieses Satzes, welcher immerhin einen Fortschritt in der Erkenntnis der menstrualen Psychosen bedeutet.

Auf dem Standpunkte, dass zwar Menstruation und Geistesleben in einer nicht zu übersehenden Wechselwirkung stehen, ein krankmachender Einfluss auf das letzere durch erstere aber nur dann anzunehmen sei, wenn auf der einen oder der anderen oder auf beiden Seiten zugleich schon Anomalieen vorhanden sind, steht Mayer in seiner Monographie über „die Beziehungen der krankhaften Zustände in den Sexualorganen des Weibes zu Geistesstörungen“ (Berlin 1870). „Nicht der Menstrualfluss an sich wirkt aber dann, sondern der komplizierte pathologische oder physiologische Vorgang oder Zustand, welcher jenem zugrunde liegt, als krankmachende Ursache auf die Seele“. Es verdient Beachtung, dass hierbei auch des physiologischen d. h. normalen Vorgangs, welcher die monatliche Blutung bedingt (Ovulationsprozess), Erwähnung geschieht, gleichwohl aber werden die pathologischen Verhältnisse desselben als geistesstörende Momente in erster Linie genannt. Diesem Gedanken, dass hauptsächlich die Anomalieen der Menstruation zu Ursachen psychopathischer Zustände werden können, giebt Mayer auch in seiner 2 Jahre später erschienenen Abhandlung über „die Menstruation im Zusammenhang mit psychischen Störungen“ Ausdruck. Die Thatsache, dass bei sehr vielen anscheinend gesunden Individuen vor, während und nach der Menstruation psychische Reizzustände hervortreten, von denen in der Zwischenzeit wenig oder gar nichts zu bemerken ist, wird daselbst mit folgenden Worten näher beleuchtet: „Es kann die Gefühlssphäre, das Wollen und Denken alteriert werden. Verstimmung, Verdriesslichkeit, Disposition zum Weinen, Hinbrüten in traurigen, düsteren Gedanken, Furcht vor Unglück, Abneigung gegen die Umgebung, Gleichgültigkeit gegen Liebhabereien u. s. w. machen sich geltend; Launen, Heftigkeit, Jähzorn, Unruhe, Trieb zu übermässigem Schaffen und Arbeiten treten hervor; Abschwächung des Denkens und Urteilens, der geistigen Produktivität, des Gedächtnisses werden bemerklich. Es können auch üble Eigenschaften und Angewohnheiten verstärkt werden oder in dieser Zeit überhaupt hervorbrechen, um

wie abgeschnitten wieder zu verschwinden und erst mit den folgenden Katamenien wiederzukehren. Anomalieen der Menstruation nun können diese Erscheinungen steigern und bei sonst gesunden Individuen allmählich oder plötzlich unzweifelhafte, vorübergehende, in der Zeit der Menstruation recidivierende oder endlich dauernde psychische Zustände herbeiführen, welche entschieden als krankhaft zu bezeichnen sind".

Auch Berthier's Arbeit „Des névroses menstruelles ou la menstruation dans ses rapports avec les maladies nerveuses et mentales" (Paris 1874) beschäftigt sich ausschliesslich noch mit den „troubles intellectuels, sympathiques des désordres menstruels", giebt aber doch eine Reihe von Krankheitsgeschichten, die wir mit zu den reinen menstrualen Fällen rechnen können. Erst späteren Untersuchungen blieb es vorbehalten nachzuweisen, dass es in Wirklichkeit nicht immer Störungen der Menstruation zu sein brauchen, um die bezeichnete typische Wiederkehr jener Zustände zur Zeit der Menstruationstermine hervorzurufen, sondern dass der normale Menstruationsvorgang an sich bei prädisponierten Personen dazu vollkommen ausreicht.

In seinem Aufsatz über „die Menstruation in ihren Beziehungen zu den Psychosen" (Allg. Zeitschrift für Psychiatrie Band 30 und 31, Jahrgang 1874 und 1875) giebt Schröter eine Darstellung des menstrualen Einflusses auf schon bestehende Geisteskrankheiten, er erwähnt dabei des Vorkommens des menstrualen Irreseins, hält aber dabei diese Irrsinnsform und die periodisch exacerbierenden chronischen Krankheitsfälle nicht auseinander.

Nachdem sodann Weiss und Svetlin im Jahre 1877 zwei in der Leidesdorf'schen Wiener Klinik beobachtete exquisite Fälle von periodisch-menstrualem Irresein unter der Diagnose „epileptische Geistesstörung" bezw. „psychische Epilepsie" zur Veröffentlichung gebracht und nachdem Westphal in den Charité-Annalen von 1878 bei der Betrachtung einer „mit merkwürdiger Beziehung zur Menstruation verlaufenen Geistesstörung" seiner Meinung dahin Ausdruck gegeben hatte, dass es zwar unbestritten sei, „dass die Menses in einzelnen Fällen einen gewissen Einfluss auf die psychischen Vorgänge ausüben", dass jedoch die Menstruationsvorgänge „für gewöhnlich in Wirklichkeit durchaus nicht die Wichtigkeit haben, welche ihnen von vielen Ärzten und noch mehr von Laien für die Entstehung resp. Heilung von Psychosen zugeschrieben zu werden pflegen", publizierte v. Krafft-Ebing im Jahre 1878 auf Grund von 19 Krankheitsfällen eigener Beobachtung seine schon oben erwähnten „Untersuchungen über

Irresein zur Zeit der Menstruation", vermöge deren er sich zu der bestimmten Annahme berechtigt glaubte, dass der normale Menstruationsvorgang an und für sich genügen kann, um das abnorm erregbare Gehirn im Sinne einer akuten Psychose zu beeinflussen.

Im Interesse der Vollständigkeit unserer litterarischen Angaben sei es gestattet, den Inhalt dieser Arbeit einer kurzen, möglichst prägnanten und übersichtlichen Darstellung zu unterziehen. — Der Verfasser geht bei seinen Untersuchungen von der Thatsache aus, dass das Centralnervensystem des Weibes auch unter normalen, durchweg physiologischen Verhältnissen zur Zeit des Monatsflusses eine mehr oder minder erhöhte Erregbarkeit besitzt und sich in einem Zustand gesteigerter Vulnerabilität gegenüber schädlichen äusseren Einflüssen befindet. Diese erhöhte Vulnerabilität des Centralnervensystems spielt nun in der Ätiologie des menstrualen Irreseins eine wichtige Rolle. Als ätiologisches Moment dient zunächst die Erfahrungsthatsache, dass sich das Weib während der Menstruationszeit gegen Krankheiten aller Art bedeutend weniger widerstandsfähig zeigt, dass insbesondere schwere nervöse Erkrankungen (Epilepsie, Chorea u. a.) häufig zur Zeit der Menses infolge von Schädlichkeiten zum Ausbruch gelangen, die in den intermenstrualen Spatien keine erhebliche Gesundheitsschädigung herbeiführten —, sodann die bekannte Thatsache, dass bei chronischen Nervenkrankheiten (Epilepsie, Hysterie) die Zahl der Anfälle sich um diese Zeit in den meisten Fällen zu steigern pflegt —, endlich die Beobachtung, dass die menstrualen Termine bei chronischen Geisteskrankheiten sehr häufig, fast immer eine Exacerbation des Leidens zur Folge haben. Es ist daher in dem Auftreten schwerer psychischer Symptomenkomplexe um die Zeit der Katamenien nur eine pathologische Steigerung noch zur Breite des physiologischen Lebens zu rechnender Erregungszustände zu erkennen. Daneben ist nun die wohl in allen Fällen mehr oder weniger deutlich hervortretende, auf einer nicht anzuzweifelnden Belastung des psychischen Organs basierende Prädisposition des Centralnervensystems von hoher ätiologischer Bedeutung. Diese Belastung, in welcher ein sehr wichtiges, wenn nicht das in den meisten Fällen den Ausschlag gebende Moment für die jeweilige menstruale Geisteserkrankung zu finden ist, dokumentiert sich in erster Linie in hereditärer Disposition, also in neuro-psychopathischen Erscheinungen bei Grosseltern, Eltern und Geschwistern, welche herrühren können entweder aus neuropathischer Konstitution (mit verschiedenen sensiblen, motorischen, vasomo-

torischen Funktionsstörungen) oder aus elementaren psychischen Anomalieen und welche sich zu erkennen geben können entweder in Vorläufern der späteren menstrualen Psychose, die sich mit dem Beginn der geschlechtlichen Funktionen einstellten (schwere Nervenkrankheiten oder Irresein), oder auch in nervösen oder leichteren psychischen Störungen, die sich als Begleiterscheinungen in den Tagen der Periode geltend machen. In zweiter Linie kennzeichnet sich die Prädisposition des Centralnervensystems in originärem Schwachsinn, in dritter Linie in intermenstrualen Symptomen als Zeichen einer dauernden anomalen Verfassung und funktionellen Thätigkeit der nervösen Centralorgane. Hier ist also das psychische Organ ätiologisch als Locus minoris resistentiae aufzufassen, und eine pathologische Reaktion desselben zur Zeit eines physiologischen Vorgangs erscheint wohl erklärlich.

Der zweite Abschnitt der Arbeit beschäftigt sich mit der Pathogenese des menstrualen Irreseins und nimmt seinen Ausgangspunkt von der Frage, ob der physiologische Vorgang der Menstruation als solcher eine genügende Gelegenheitsursache abgiebt oder ob es einerseits Störungen dieses Prozesses oder andererseits jenen zu Grunde liegende lokale (sexuelle) oder allgemeine Erkrankungen (Chlorose, Neurose) sind, die sich psychopathogenetisch bethätigen. Obschon v. Krafft-Ebing sein Material in diesem Falle nicht für ausreichend genug hält, um damit eine prinzipielle Erledigung dieser Fragen herbeizuführen, so meint er doch mit Recht annehmen zu dürfen, dass, wenigstens in seinen aufgeführten Fällen, das ätiologische Schwergewicht auf den Zustand des Centralnervensystems zu legen sei, dass also überhaupt der normale Prozess der Menstruation an sich wohl im stande sei, im Sinn einer akuten Psychose einen schädigenden Einfluss auf das im Zustand abnormer Erregbarkeit befindliche Gehirn auszuüben. Denn es liessen sich in vielen Fällen weder anatomisch noch funktionell Anomalieen im Bereich der Geschlechtsorgane konstatieren, und in denjenigen Fällen, wo organische und funktionelle Störungen innerhalb des Sexualapparates in ätiologischer Beziehung nicht von der Hand gewiesen werden konnten, war doch nicht zu übersehen, dass auf der einen Seite die gynäkologischen Affektionen durchweg geringfügiger Natur waren und auf der anderen die in qualitativer oder quantitativer Weise sich äussernden Menstruationsanomalieen zum Teil erst im Verlauf der psychischen Erkrankung auftraten, zum Teil sich auf augenblickliche allgemeine Ernährungsstörungen zurückführen liessen oder auch zum Teil vor und nach der

Krankheit gleichmässig vorhanden waren, ohne sonst ähnliche Rückwirkungen zu äussern. Hierzu tritt dann noch die Erfahrung, dass, wenn sich einmal mit dem menstrualen Reizvorgang während des ersten psychischen Anfalls zeitlich zusammenfallende Schädlichkeiten (z. B. Typhusrekonvalescenz, Alkoholintoxikation, besondere Gemütsbewegungen) geltend gemacht haben, bei entwickelter Krankheit die einfachen Menstruationsvorgänge an und für sich genügten, um die jedesmalige Rückkehr der Paroxysmen herbeizuführen. (Hier haben wir also eine Analogie zu den oben erwähnten Schlager'schen Beobachtungen von menstrualem Irresein nach dem Bestehen einer einmaligen Alkoholvergiftung, nur mit dem Unterschied, dass v. Krafft-Ebing in seinen Fällen jedesmal die Koinzidenz jener Schädlichkeit mit einem Menstruationstermin wahrgenommen hat, während Schlager bei dieser Folgeerscheinung keinerlei zeitliche Beziehungen zwischen beiden zu sehen vermochte, ein Umstand, welcher geeignet erscheinen dürfte, die Bedeutung jenes menstrualen Einflusses nach erfolgtem Abklingen einer einmaligen anderweitig bedingten psychopathischen Affektion noch mehr ins Licht zu setzen.)

Von besonderer Wichtigkeit ist endlich die Beantwortung der Frage, auf welche Weise man sich das menstruale Irresein d. h. die typische Wiederkehr der Anfälle zur Zeit der Menstruation pathogenetisch am besten erklären kann, und hierbei betrachtet es v. Krafft-Ebing als unzweifelhaft, dass, soweit das Centralnervensystem durch die menstrualen Vorgänge berührt wird, ganz besonders vasomotorische Nerven affiziert werden. (Diesen Einfluss der Menses auf das vasomotorische Nervensystem hatte schon Schröter in seiner oben genannten Arbeit hervorgehoben; bei seinen Fällen war er besonders „in der Qualität des Pulses, den brennenden Handtellern, dem Gefühl von Brennen am Körper, dem geröteten Gesicht mit glänzenden Augen, mit gesteigertem Turgor vitalis, manchmal mit plötzlicher Blässe abwechselnd," in Erscheinung getreten.) Hier erwähnt v. Krafft-Ebing die Fluxionen zur Zeit der Menses, die Vorgänge im Klimakterium, die heftigen mit Fluxionen einhergehenden Tobsuchtsanfälle in vielen Fällen von Menstruatio suppressa, wo nur an vasomotorische Innervationsstörungen gedacht werden kann, als jene Hypothese rechtfertigende Momente. Für deren Richtigkeit spricht sodann jene bei allen 19 Fällen konstant auftretende Erscheinung der den jedesmaligen Anfall einleitenden „Blutwallung zum Gehirn," ja das ganze Krankheitsbild mit seinen einzelnen Symptomen, „sein rapider Anstieg zur Acme unter prodromaler Fluxion, Reizbarkeit, Kopfweh, Schlaflosigkeit,

die Gesamtheit der mit Kongestion einhergehenden psychischen Reizerscheinungen, der plötzliche Abfall zur relativen Norm des psychischen Lebens entspricht durchaus einer Wallungshyperämie des psychischen Organs, einer vasomotorischen Neurose desselben.“ Das Zustandekommen solcher fluxionärer Vorgänge im Gehirn erklärt sich nun auf dieselbe Weise wie die Entstehung derselben in den Genitalien: die menstruale Kongestion ist nach der Lehre Pflüger's eben nur ein reflektorischer Vorgang, ausgelöst im Centralorgane durch mit dem wachsenden Graaf'schen Follikel sich summierende Reize auf die Ovarialnerven, deren Erregungszustand vasomotorischen Centren im Centralorgan übermittelt wurde. Dieser periodisch sich wiederholende, durch die Ovulation bedingte Erregungsvorgang der Ovarialnerven, welcher die menstruale Blutung hervorruft, sich aber unter besonderen Verhältnissen auch ohne diese äusserlich sichtbare Teilerscheinung abspielen kann, vermag nun — im weiteren Verfolg jener Hypothese — auf reflektorischem Wege eine erhebliche irradiierende Rückwirkung auf das Centralnervensystem auszuüben, und damit haben wir eine genügende Erklärung für jene zahlreichen kleinen physiologischen bis pathologischen Veränderungen des Gemüts, des Charakters, der vasomotorischen Funktionen u. s. w. bei den Frauen zur Zeit ihrer Periode, damit ist nun auch für die Erkenntnis der Pathogenese des eigentlichen menstrualen Irreseins die Bahn geöffnet. —

Ehe wir weiter zu einer kurzen Besprechung der Symptomatologie der menstrualen Psychosen übergehen, wollen wir an dieser Stelle der klinischen Abhandlung Kirn's über „die periodischen Psychosen“ (Stuttgart 1878) gedenken. Die letzteren teilt der Verfasser ein in echte, d. h. direkt central bedingte periodische Geistesstörungen, welche, auf einem dauernden pathologischen Zustand des Gehirns beruhend, nur in gewissen Intervallen mit charakteristischen Krankheitsanfällen in Scene treten, während in den Zwischenzeiten nur leichte, oft sehr geringgradige, ja minimale psychische oder nervöse Veränderungen an den Fortbestand des krankhaften Zustandes erinnern, und zweitens in sekundär ausgelöste, in periodischen Anfällen verlaufende Störungen, denen kein solcher direkt cerebraler immanenter Typus innewohnt, sondern bei denen es jedesmal eines excentrischen organischen Faktors bedarf, welcher durch Vermittlung der Reflexbahnen (Nerven- oder Blutbahnen) das allerdings in einem krankhaft veränderten oder wenigstens veränderlichen Zustand befindliche Gehirn zu bestimmen vermag, auf den peripheren typischen Reiz mit einem typischen Anfall zu reagieren. Zu

dieser letzteren Klasse periodischen Irreseins rechnet Kirn nun auch die menstrualen Psychosen, deren einzelne Anfälle nur auf Grund jenes periodisch wiederkehrenden physiologischen Vorgangs in einem peripheren Organe zum Ausbruch gelangen; es sind dies also Reflexpsychosen im engsten Sinne des Wortes.

Schüle (Handbuch der Geisteskrankheiten Leipzig, 1878) versteht unter dem menstrualen Irresein diejenige Verlaufsweise der Psychoneurose, „welche nicht durch die Bildungsgesetze eines krankhaft veränderten psychischen Hirnlebens allein geleitet ist, sondern noch viel mächtiger durch den Eingriff einer physiologischen Körperphase", nämlich der Menstruation, und Kräpelin (Kompendium der Psychiatrie, Leipzig 1883) sagt bei der Besprechung der periodischen Manie, dass die Dauer der Anfälle und der Zwischenzeiten durch gelegentliche Einwirkungen, Gemütsbewegungen, Excesse, sowie durch die Menstruation beeinflusst werden, dass unter Umständen sogar durch die häufige Wiederkehr derartiger Krankheitsursachen, insbesondere also durch die periodische Wiederkehr der Menstruation, überhaupt erst die Periodizität der Psychose erzeugt wird, indem sich unter ihrem Einflusse allmählich eine dauernde Veränderung in der psychophysischen Konstitution herausbildet, welche dann die Grundlage des nunmehr gewissermassen selbständig gewordenen periodischen Irreseins abgiebt.

Nach den übereinstimmenden Beobachtungen von v. Krafft-Ebing (19 Fälle) und von Ellen Powers, welche in ihrer Inaugural-Dissertation (Zürich 1883) 9 selbst beobachtete Fälle aus der Irrenheilanstalt Burghölzli (Prof. Forel) und 68 aus der gesamten Litteratur zusammengestellte Fälle veröffentlichte, verlaufen die periodischen Seelenstörungen zur Zeit der Menstruation vorzugsweise, wie diese Autoren es nennen, „unter dem Bilde der Manie oder Tobsucht", viel seltener unter dem Bilde der Melancholie. Spezifische der psychischen Sphäre angehörige Symptome, welche es klinisch als eine besondere Form des Irreseins charakterisieren, besitzt das menstruale Irresein nicht, nur in ätiologischer Hinsicht nimmt es eine allerdings bedeutungsvolle Sonderstellung ein. Immerhin vermag man aber in den typischen Fällen vielfach schon beim ersten Anfall die Wahrscheinlichkeitsdiagnose auf eine durch die Menstruation bedingte Geistesstörung zu stellen, und zwar sind hier gewisse somatische Symptome (Erscheinungen fluxionärer Hirnreizung im Beginn und im Verlauf des Anfalles, gesteigerte Herzthätigkeit und Zunahme der Pulstardität), bestimmte Eigentümlichkeiten des Verlaufes (rasches Ansteigen zur Höhe des Krankheitsbildes,

rasches Abfallen zur Norm), besondere psychische Erscheinungen (schwere Bewusstseinstörung mit späterem sehr defekten Erinnerungsvermögen), sowie endlich eine ausreichende Anamnese von grossem Wert. In den guten Fällen wird dann die betreffs der Ätiologie gestellte Diagnose, ob menstrualen Ursprungs oder nicht, gesichert, wenn sich späterhin eine zeitliche Verknüpfung der Anfälle mit den Menstruationsterminen ausweist und die einzelnen Anfälle in bezug auf Prodromalerscheinungen, Symptome und Verlauf möglichst genau mit einander übereinstimmen.

Die von v. Krafft-Ebing damals als „periodische Manie" bezeichnete weitaus häufigste Form der menstrualen Psychosen stellt sich bald in mässigen, bald in hochgradigen Verwirrungs- und Erregungszuständen dar, die fast überall mit mehr oder weniger vorwiegenden Hallucinationen verbunden sind; sie vermag sich in allen ihren Nuancen bis zur Höhe der Tobsucht zu repräsentieren. Überwiegen die hallucinatorischen Erscheinungen, so kann man von einer „mania hallucinatoria" sprechen, ja wenn das ganze Krankheitsbild, wie so häufig, in erster Linie von Hallucinationen und Wahnvorstellungen beherrscht wird, diese letzteren also, und nicht die verschiedenen Affekte, unstreitig in den Vordergrund treten, so sehen wir besser von dem in neuerer Zeit in ganz bestimmte enge Grenzen gezogenen Begriff der „Manie" hier vollkommen ab und bezeichnen jene psychopathischen Zustände des menstrualen Irreseins als „in periodischen Schüben erfolgende akute hallucinatorische Verwirrungszustände"; mit dieser Modifikation haben wir im gegebenen Falle nur den klinischen Namen präziser gefasst und an der Sache, d. h. an dem Objekt der Beobachtungen v. Krafft-Ebing's, nichts geändert. Sehr oft tritt im Rahmen der psychischen Störung das sexuelle Element hervor und äussert sich in leichter Form (Koketterie, Heiratsgedanken) bis zur Höhe der Nymphomanie mit entsprechenden Delirien und wolllüstigen Bewegungen. Die viel selteneren Fälle mit melancholischem Krankheitsbild sind meist stuporöser Natur und mit grosser motorischer Gebundenheit verknüpft, welche nur zeitweise „durch schreckhafte Erwartungsaffekte oder gebieterische Hallucinationen impulsiv durchbrochen wird".

Was die zeitliche Verknüpfung des Anfalls mit dem Fliessen der Menses betrifft, so ist nach den übereinstimmenden Resultaten das prämenstruale Auftreten der Paroxysmen das häufigste, nachher folgt das eigentlich menstruale, am seltensten ist das postmenstruale. Es ist leicht möglich, dass von dem postmenstrualen Irresein der einen Menstrualperiode ein unmerklicher Übergang zum prämenstrualen Paroxysmus der nächsten Periode stattfindet,

wo man also kein eigentliches freies Intervall zwischen beiden zu erkennen vermag.

Im Übrigen aber sehen wir an der Hand der in der Litteratur verzeichneten Fälle, dass innerhalb des soeben in seinen allgemeinen Umrissen gezeichneten Krankheitsbildes eine ungeheure Willkür der einzelnen Erscheinungen herrschen kann, ja dass es kaum zwei Fälle von menstrualem Irresein giebt, die in den wesentlichen Punkten bis in die Details genau mit einander übereinstimmen. Die von Powers zum Zweck einer einigermassen hinreichenden Abgrenzung des Krankheitsbildes verlangten Bedingungen, dass erstens die Paroxysmen regelmässig und nachweisbar mit der Menstruation resp. Ovulation in Zusammenstang stehen, dass zweitens die Intervalle ziemlich frei seien und dass drittens der Anfall nicht aus einfachen, bei nervösen Frauen häufig vorkommenden leichten Störungen bestehe, sondern dass die Psychose wohl charakterisiert sei, haben ihre volle Berechtigung, nicht minder aber auch jene gleich darauf folgenden Modifikationen, welche auf der Ansicht fussen, dass es wie unter den Psychosen überhaupt, so auch hier kaum „gute Arten" resp. scharfbegrenzte Krankheitsbilder giebt. Es werden nämlich bestimmte Übergangsformen in diesen eben genannten drei Richtungen aufgestellt, welche derartig gefasst sind, dass jeder Fall von menstrualer psychischer Störung, welcher eben nicht jenen drei Erwartungen vollkommen entspricht, in eine derselben eingereiht werden kann. Diese drei Gruppen umfassen:

1. solche Störungen, welche zwar periodisch auftreten, aber nicht immer den Termin der Menstruation einhalten und bei welchen somit die Paroxysmen auf andere Weise als durch den Ovulationsreiz entstehen können (Übergang zu den anderen periodischen Psychosen);

2. Fälle, bei welchen die Intervalle unfrei sind und die Menstruation nur akute Exacerbationen hervorruft (Übergang zu den einfachen kontinuierlichen Psychosen);

3. solche Abortivformen, die zwar regelmässig menstrual sind, aber kaum die Höhe einer Psychose erreichen (Übergang zur normalen Menstruation nervöser Frauen).

Wir lassen nunmehr nach diesen litterarischen Vorbetrachtungen, welche uns zu einer genauen Kenntnis des menstrualen Irreseins verholfen haben, einen Auszug aus der Krankheitsgeschichte des im Jahre 1885 im Kgl. Charité-Krankenhause zur

Beobachtung gelangten Falles von periodischer menstrualer Psychose folgen. Vorher erwähnen wir noch die Thatsache, dass dieser Fall unter fast 1000 geisteskranken Frauen, die in der psychiatrischen Station innerhalb der beiden letzten verflossenen Jahre Aufnahme fanden, der einzige typische Fall seiner Art ist, während das Entstehen akuter einmaliger Tobsuchtsanfälle zur Zeit der Menstruation sowie die periodische Einwirkung der einzelnen Menstruationstermine auf schon bestehende Geisteskrankheiten bei einer grossen Reihe von Fällen in ausgesprochener Weise ihren Ausdruck fanden.

Frau Caroline W. geb. H., 28 Jahr alt, mosaisch, Kaufmannsfrau, wurde am 3. Januar 1885 wegen Tobsucht als gemeingefährlich der Neuen Charité überliefert. Sie war kurz vorher in einem Anfalle von Geistesstörung aus dem Fenster ihrer Wohnung (1. Stock) auf die Strasse gesprungen und hatte sich dabei eine Distorsion beider Fussgelenke und eine Fraktur des rechten Calcaneus zugezogen. Bei ihrer Aufnahme ist Pat. verwirrt, sie antwortet verkehrt, verkennt ihre Umgebung, äussert Hallucinationen des Gesichts, (sieht z. B. lauter Engelsköpfe in der Luft), weiss, dass sie aus dem Fenster gesprungen, aber nicht um sich zu töten, sondern um davonzufliegen, weil es ihr (Vormittag 10 Uhr) zu dunkel im Zimmer war und sie sich so unglücklich fühlte. Tagüber verhält sie sich ruhig, isst und trinkt.

Anamnestisch wird in Erfahrung gebracht, dass Pat., im Jahre 1856 geboren, als junges Mädchen stark chlorotisch gewesen ist, dass sie viel an Kopfschmerzen und Kopfsummen gelitten hat, sich stets „sehr feinfühlend, sehr anspruchsvoll und eitel" benahm und von den Angehörigen sehr geschont werden musste. Der Vater hat von seinem 40. Lebensjahr an sehr lange an Kopfschmerzen gelitten, hatte vielfach 8—14 Tage keinen Schlaf, soll 3—4 Monate vor seinem Tode „gedankenlos" gewesen sein und ist plötzlich gestorben; sonst besteht angeblich keine hereditäre Belastung. Periode erfolgte zuerst im 18. Lebensjahr, soll immer regelmässig gewesen sein und verlief ohne besondere psychische Störung. Beim Tode des Vaters im Dezember 1879 hatte die damals 23 Jahr alte Pat., wie der Bruder sich erinnert, gerade ihre Periode; infolge der heftigen Gemütsbewegung ist sie damals — zum ersten Male — sehr aufgeregt und auch verwirrt gewesen, so redete sie ihren Bräutigam oft mit „Vater" an. Seit dem Tode des Vaters bekam Pat. regelmässig zur Zeit ihrer Periode Aufregungszustände, welche jedesmal 5—6 Tage anhielten. Sie war dabei stets verwirrt, sang, deklamierte, beging Verkehrtheiten, zerbrach z. B. alle Gläser, die ihr in die Hände kamen, versteckte alle möglichen Sachen, zog sich die Kleider aus, schnitt sich die Haare ab u. s. w. Der Übergang aus dem gesunden in den kranken Zustand erfolgte nach der Aussage des Hausarztes allmählich und fast unmerkbar; Pat. schlief meist in den Nächten vorher unruhig. Beim Anfall selbst sass sie zuerst still da, sprach dann verwirrtes Zeug, machte den Eindruck einer Hallucinantin, dann wurde sie lebhafter, und allmählich steigerte sich die Erregung. Der Bruder hat wiederholt ein plötzliches Aufbrausen als Anfang des Anfalls beobachtet, z. B. einmal auf dem Nachhausewege vom Theater. Die Rückerinnerung an das im Anfall Erlebte fehlte nicht ganz, so wollte sie vielfach Gestalten gesehen haben, und manchmal wusste sie anzugeben,

wohin sie die Sachen versteckt hatte. Stimmen will sie im Anfall nicht gehört haben. In den freien Zwischenzeiten wurde sie zeitweise etwas deprimiert, weil sie ihren Zustand für unheilbar hielt.

Im Juli 1883 (27 Jahr alt) war Pat. wegen einer Lageveränderung des Uterus in gynäkologischer Behandlung, im Oktober dess. J. suchte sie wegen ihres psychischen Leidens eine Kaltwasserheilanstalt auf, wo sich zur Zeit der Periode ein besonders heftiger Aufregungs- und Verwirrungszustand einstellte. Am 5. November 1883 verheiratete sich Pat., die Hochzeit hatte wegen eines ausgebrochenen Verwirrungszustandes zwei Tage aufgeschoben werden müssen (Periode?). Am Hochzeitstage selbst war sie vollkommen klar, doch brach in der Hochzeitsnacht die Verwirrung wieder aus. Im Beginn der Ehe soll noch zweimal ein aufgeregter Zustand wiedergekehrt sein, und zwar ohne menses, da Pat. alsbald gravida wurde. Seitdem erfolgte während der Gravidität kein Anfall mehr, nur verharrte Pat. in etwas melancholischer Stimmung. Im August 1884 erfolgte normale Entbindung; während des Wochenbetts zeigte sich keine psychische Anomalie. Pat. stillte selbst, blieb gesund bis Anfang Januar 1885.

Um Neujahr herum fühlte sich Pat. mehrere Tage lang nicht wohl, klagte über Schwere im Kopf. In der Nacht vom 2. zum 3. Januar 1885 konnte sie gar nicht schlafen, sah ihrer eigenen späteren Aussage nach viele Gestalten, darunter ihren verstorbenen Vater im Himmel, ferner ein Gerippe und einen grossen Wolf, der sie beissen wollte. Am Morgen des 3. Januar kam sie mit ängstlichem Gesicht schon um 6 Uhr früh zu ihrem Manne, fragte, ob sie ihm denn etwas zu leide gethan hätte, verhielt sich aber sonst ruhig. In den Vormittagsstunden, wo sie allein im Zimmer war, soll ihr Gesicht, wie gegenüberwohnende Leute versichern, blutig befleckt gewesen sein (?), um 10 Uhr sprang sie aus dem Fenster auf die Strasse. Vor dem Sprung will sie gemerkt haben, dass ihr Kind gestorben sei und fortgetragen würde, sie glaubte, dass auch ihre Schwester und ihre Mutter stürben, während des Sprunges sah sie Gestalten, ihr war so als ob sie in einen Graben fiele; als sie weggebracht wurde, glaubte sie, in den Himmel getragen zu werden. Sonst wusste sie von dem, was sie an jenem Morgen gethan, nichts, auch ihren Mann hat sie nicht wiedererkannt. In der Charité zeigte sie das zu Anfang geschilderte Verhalten (völlige Verwirrung, Angst, keine besondere Aufregung); ihre verletzten Glieder, sowie die Untersuchung derselben verursachten ihr keinerlei Schmerzen. — Am 4. Januar ist Pat. etwas klarer und ruhiger, sie empfindet Schmerzen in beiden Füssen und im Rücken, erzählt auf Befragen etwas von ihren gestrigen Empfindungen, macht einige richtige anamnestische Angaben, vermag keinen Grund für ihre That anzugeben, glaubt wegen ihrer gebrochenen Füsse im Krankenhaus zu sein. Immerhin ist sie noch ängstlich und beklommen. Am 5. Januar Eintritt der Periode, der ersten nach der Entbindung und der Laktationszeit, welche bis zum 9. incl. anhält und dann am 11. und 12. Januar wiederkehrt. Während dieser Zeit ist Pat. ziemlich klar, sehr schweigsam, antwortet verständig, aber einsilbig, ist über ihren Unfall deprimiert, lächelt aber, wenn ein Scherz gemacht wird. Am 12. erscheint sie geistig völlig klar, auch in den nächsten 14 Tagen zeigt sie keinerlei psychische Alteration.

Am 26. Januar beginnt Pat. über die Charité-Einrichtungen zu mäkeln (nach Angabe des Mannes begann die rezidivierende Verwirrung zu Haus auch immer damit, dass ihr nichts mehr recht war und sie mit dem Dienstmädchen zu zanken anfing), am 28. erscheint sie nicht mehr

psychisch völlig klar, sie klagt über Kopfschmerzen, Ohrensausen und Schwindel und giebt an, dass ihr vor der kommenden Woche angst sei. Am 31. zeigt sie deutlich verändertes Benehmen. Tags über ist sie sehr schwermütig und dem Weinen nahe, antwortet gar nicht; es kommt ihr alles so verändert vor, sie kann sich jedoch nicht klar darüber aussprechen. Wünscht dringend ihre Mutter zu sprechen, will von ihrem Mann nichts mehr wissen. Abends wird sie sehr ängstlich, trinkt viel, knirscht mit den Zähnen, sucht sichtlich mit grosser Mühe einen Anfall zu unterdrücken. Um 9 Uhr fängt sie an zu toben, kratzt und beisst die Wärterinnen, fährt ihnen nach dem Hals, sucht ihnen die Kleider abzureissen, muss zwei Stunden mit Gewalt gehalten werden. Dann beruhigt sie sich etwas, bittet um eine Eisblase, schläft nicht. Am 1. Februar morgens ganz ruhig, aber ängstlich und schwermütig, antwortet sehr zögernd, weiss sich der Vorgänge in der Nacht meist garnicht, einzelner Scenen nur ganz undeutlich zu entsinnen, glaubt sich von den Wärterinnen schlecht behandelt und von den Patientinnen verhöhnt und sei dadurch erregt worden. Puls 124, Nachmittags beim Eintritt der Periode 138, Respiration 28. Abends ist sie meist still mit lauerndem gespannten Gesichtsausdruck. Um 2 Uhr nachts (2. Februar) erfolgt ein zwanzig Minuten langer Tobsuchtsanfall mit Zähneknirschen, Schlagen, Kratzen, Beissen. „Wer Menschenblut vergiesst, dess Blut soll wieder vergossen werden!“ Am Morgen stiert sie mit vorgestreckten Armen, die Hand krallenförmig geformt, auf ihre Umgebung, fasst dann plötzlich mit einem Ausdruck von Wildheit und Wut nach den Schlüsseln der Wärterinnen, das Haar wirr im Gesicht herumhängend, lässt sich das Gefasste nur schwer entwinden, bleibt dabei aber stumm. Die menstruale Blutung ist Nachmittags bereits wieder geschwunden. Puls 136—138. Die Verwirrung hält an und bleibt mit täglich einem freien Intervall, in welchem die Kranke ihr trauriges Schicksal beklagt und ganz klar mit den Ärzten und Wärterinnen spricht, um plötzlich wieder in ihren verwirrten Zustand umzuschlagen, bis zum 11. Februar incl. bestehen. Von da an wieder völlig normales ruhiges, meist heiteres Verhalten ohne psychische Störung bis zum 18. Februar.

17. Februar: Einleitung der Bromkalitherapie (täglich 2 gr bis 22. März).

Bei den beiden nächsten Menstruationsterminen (Ende Februar und im März) bleibt die menstruale Blutung aus. Am 18. Februar Prodrome der nächsten Verwirrung: Klagen über Schwere im Kopf, Druck im Hinterkopf, trübe Gedanken, abstossendes Verhalten, in der Nacht zum 19. kurzer aber heftiger Tobsuchtsanfall, am Morgen ist Pat. wieder ruhig, klagt über Ohrensausen, hört hinten im Kopf ein Geräusch. Die Verwirrung hält 4 Tage an, vom 23. bis 27. längeres freies Intervall (Menstruationstermin!). Am 28. Februar Wiedereintritt der Verwirrung (zur Zeit der spätestens fälligen Menses), starke psychische Depression, scheues, unzugängliches Wesen, einige Tobsuchtsanfälle, grosse motorische Unruhe des Nachts. Am 15. März Anzeichen des nahenden Endes der Verwirrung, am 17. heiteres, vergnügtes, ruhiges Wesen, sie freut sich über den Besuch des Mannes, der ihr ganz anders, zu seinem Vorteil verändert, viel aufrichtiger erscheint. Pat. klagt jedoch über Atembeschwerden, Beklemmung auf der Brust, „Das Blut steigt mir nach dem Kopfe.“ (Menstruationstermin!) Am 19. März ist sie völlig klar, zeigt von da ab keine psychische Alteration bis zum 5. April. Periode musste normal an der Grenze des 2. und 3. Drittels des Monats März erscheinen, blieb aber aus.

23. bis 27. März täglich 4 gr Bromkali, 29. März bis 5. April 8 gr täglich.

Am 6. April Prodromalerscheinungen: grosse Verstimmung, Schwere im Kopf, Mattigkeit und Abgeschlagenheit des Körpers, wenige Minuten anhaltender Verwirrungszustand. Der mit allen seinen gewohnten Symptomen nahende prämenstruale Anfall wird durch reichliche Bromkalidosis (am 6. April 16 gr am 7. 12 gr) kupiert. Pat. bleibt klar, aber körperlich sehr matt, klagt über viel Kopfschmerzen, Zahnweh und Schmerzen in den Füssen, ist etwas deprimiert. Am 19. April Eintritt der Periode ohne wesentliche psychische Veränderung. In den folgenden Tagen bis Ende April klares, ruhiges Verhalten. Pat. ist sehr verständig, beschäftigt sich, liest, unterhält sich, klagt nicht.

Bromkaliverbrauch vom 17. März bis 1. Mai excl. insgesamt 316 gr.

Vom 1. bis 4. Mai Prodromi: weinerliche Stimmung, dringende Bitte um Entlassung, leichte Verfolgungsideen, abstossendes Wesen. Trotz vermehrter Bromkaligabe am Mittag des 4. Mai ziemlich plötzlicher Ausbruch tobsüchtiger Verwirrung, Äusserungen von Grössenwahn, anhaltender verwirrter Zustand nach dem Aufhören des Tobsuchtsanfalles, am 9. Mai beginnende Klarheit, sie schreibt einen durchaus verständigen Brief an ihren Gatten, fängt an sich ruhig und vernünftig zu unterhalten. Am 10. Mai Eintritt der Periode, welche bis zum 15. Mai anhält. Schon am 11. ist die Verwirrung vollständig vorüber, Pat. fühlt sich aber sehr matt, ist psychisch wegen ihres Leidens niedergeschlagen und betrübt. Im übrigen 16 Tage lang durchweg normales Betragen.

Am 1. und 2. Mai täglich 8 gr Bromkali, von da bis incl. 10. täglich 12 gr.

Am 26. Mai Prodrome: abweichendes, sehr auffälliges Wesen, lustig, heiter und ausgelassen, tanzt umher. Am 27. Ausbruch der Verwirrung: Streit mit der Wärterin, starke motorische Lebhaftigkeit, Singen lustiger Lieder, zusammenhanglose Ideeen. Dieser Zustand hochgradiger Erregung und abnormer Lustigkeit hält an trotz Bromkali (am 27. im ganzen 16 gr) und steigender Morphiumdosen (0,0075—0,03 gr) bis zum Eintritt der Periode am 31. Mai. Sie dauert bis zum 5. Juni, Pat. wird im Verlauf derselben ruhiger, ihre heitere Stimmung wandelt sich langsam in sehr trübe um. Am Ende der Periode fühlt sie sich wohler, erzählt aber noch verwirrt, behauptet z. B. der Vater habe sich auf dem Hofe an einem Balken erhängt (sorgfältige Nachfrage über ein Suicidium ihres Vaters bei den Angehörigen ergiebt ein negatives Resultat), ihr Mann habe sie gekränkt durch die Behauptung, sie habe ihr Kind umbringen wollen u. s. w. Nach der Periode deprimierte Stimmung; sie sieht ein, dass sie sehr krank ist, fühlt sich matt. Ruhiges gesetztes Verhalten bis Mitte Juni, Psyche nicht völlig intakt.

Fortsetzung der Bromkalitherapie.

Am 14. Juni Prodromalerscheinungen: störrisches, abweisendes Benehmen, Geruchshallucinationen (Leichengeruch in den Krankenräumen). Klagen über „massive“ Behandlung seitens der Wärterinnen: Pat. schreibt jedoch noch einen verständigen Brief an eine ehemalige Patientin. Am 15. Juni Ausbruch totaler Verwirrung und hoher maniakalischer Erregtheit. Anhalten dieses Zustandes mit geringen Remissionen und einigen tobsüchtigen Exacerbationen bis zum 24. Juni. Am Morgen dieses Tages ist sie etwas klarer, jedoch überaus traurig, weint viel, zu Mittag Eintritt der Periode, Nachmittag ängstlich verwirrt, sieht ihren

Mann und ihren Schwiegervater, ersteren mit verbundenem Kopf und gebrochenem Arm, am Fenster stehen, abends furchtbarer Schrei- und Tobanfall. (12 gr Bromkali.) In den nächsten Tagen ist sie ruhiger, aber anhaltend verwirrt, mürrisch, glaubt sich verraten, beraubt, vergiftet, will den Oberarzt heiraten, verweigert die Nahrungsaufnahme.

Die Periode hält an und dauert bis zum 6. Juli, ebenso die geschilderte Gemütsstimmung. Späterhin wird sie bei fortdauernder Verwirrtheit zeitweise sehr heiter, lacht, singt, kräht wie ein Hahn macht sich ein Vergnügen daraus, andere Kranke zu ohrfeigen. Die erotischen Gedanken steigern sich, sie will die Nacht im kaiserlichen Bett zugebracht haben, hält den Arzt für Gott Amor, will ihn küssen, ihn heiraten, an ihrem Mann habe sie nicht mehr genug, u. s. w. Dieser Zustand vollkommener Verwirrung bleibt bis zum nächsten Menstruationstermin und über denselben hinaus bestehen.

Die in der Zeit vom 20. — 23. Juli fälligen Menses bleiben aus. Am 19. Juli ist Pat. vorübergehend so heftig aufgeregt, dass sie von mehreren Wärterinnen gehalten werden muss: am 20. muss sie gewaltsam gefüttert werden, in ihrer besonders gesteigerten Lebhaftigkeit zerschlägt sie Fensterscheiben. Am 23. Juli ist sie auffallend klarer und ruhiger, weiss, dass sie in der Charité ist, erkennt die Personen ihrer Umgebung richtig, wundert sich, dass der Mann sie so lange nicht besucht hat, klagt darüber, dass ihr der Kopf „so düster" sei. Dies Intervall dauert nur einen Tag. Vom 24. Juli an erneuter Verwirrungszustand mit temporärer maniakalischer Erregung und damit abwechselnder Niedergeschlagenheit. Zusammenhangslose Reden mit Grössengedanken (sei Käthchen von Heilbronn, Rothschild's Tochter, Frau von Stein, sei als das Kind des Kaisers von Zigeunern gestohlen u. s. w.), aggressives Verhalten (sucht zu kratzen und beissen), Gehörshallucinationen (stopft sich Watte in die Ohren, weil sie Stimmen hört), gesteigerte geschlechtliche Aufregung (will den Arzt durchaus küssen, sucht ihn ins Bett zu ziehen), wiederholtes Beschmieren mit Exkrementen. Tagelang fast völlige Apathie ohne jede psychische Reaktion.

Die tiefe Bewusstseinstrübung hält in dieser Weise bis in den August hinein an und überdauert auch den auf die Mitte dieses Monats fallenden Menstruationstermin, bei welchem die Periode wieder ausbleibt. Um diese Zeit (ca. 15. — 18. August) findet sich keine wesentliche Beeinflussung des Krankheitsbildes, dagegen ist Pat, nachdem bis dahin die totale Verwirrung gedauert, am Morgen des 25. August nach dem Erwachen vollständig wie umgewandelt und relativ klar. Sie verhält sich ruhig und vernünftig, erzählt, dass ihr in letzter Zeit alles „wie verzaubert" erschienen sei, kann sich auf ihre Handlungen nur sehr wenig erinnern, nur will sie einige ihr besonders schreckliche Erlebnisse geträumt haben. Sie erholt sich geistig vollkommen, wird wieder völlig klar.

Auch der nächste auf die Zeit vom 10. — 13. September fallende Termin der Menstruation verläuft ohne menstruale Blutung, und ebenso bei vollständig normalem geistigen Verhalten ohne jeden psychischen Einfluss auf die genesende Patientin. Vom 9. — 12. Oktober, also zur richtigen Menstruationszeit, Wiedererscheinen des menstrualen Blutflusses. Pat. liegt auf ärztlicher Anordnung zu Bett, hat aber keinerlei Klagen, ist vollkommen ruhig, erfreut sich dauerndern Wohlbefindens.

Nach 50 tägigem durchweg gesunden Verhalten verlässt die Patientin am 13. Oktober als gebessert die Anstalt, um in ihre Familie zurückzukehren*).

Wir lassen dieser in mehr als einer Hinsicht lehrreichen und interessanten Krankheitsgeschichte sogleich eine kurze Übersicht über die zeitlichen Beziehungen der Menstruationstermine zu den psychopathischen Erscheinungen folgen, gleichviel ob jene das äusserlich sichtbare Kennzeichen der menstrualen Blutung mit sich führten oder nicht.

I. Termin: Menses vom 5. — 9. und 11. — 12. Januar.
5 Tage vorher Prodromalerscheinungen,
2 Tage vorher Verwirrung, Sprung aus dem Fenster,
1 Tag vorher relativ geringere Bewusstseinstrübung, aber grosse Angst und Beklommenheit,
während der Periode mässige Depression,
14 Tage nachher normales psychisches Verhalten.

II. Termin: Menses am 1. und 2. Februar.
6 Tage vorher Prodromalerscheinungen,
1 Tag vorher zunächst geringe Bewusstseinstrübung, aber grosse Angst und Beklommenheit, sodann Verwirrung und Tobsuchtsanfall,
am Tage der Periode vor Eintritt derselben geringere Bewusstseinsstörung, aber grosse Angst,
während der Periode starke Verwirrung und heftiger Tobsuchtsanfall,
8 Tage nach der Periode Verwirrung mit täglich einmaligem freien Intervall,
7 Tage nachher normales psychisches Verhalten.

III. Termin: Menses ca. am 23. — 25. Februar fällig, bleiben aus.
6 Tage vorher Prodromalerscheinungen,
5 Tage vorher heftiger Tobsuchtsanfall,
hierauf 4 Tage lang anhaltende Verwirrung,
zur Zeit der fälligen Menses und 2 Tage darüber freies Intervall,
1 Tag später (genau 28 Tage nach dem Eintritt der vorigen Periode!) Wiedereintritt der Verwirrung mit starker psychischer Depression und einigen Tobsuchtsanfällen,
14 Tage hindurch Anhalten dieses Zustandes,
3 Tage hierauf normales psychisches Verhalten.

IV. Termin: Menses ca. am 19. — 21. März fällig, bleiben aus.
3 Tage vorher Prodromalerscheinungen,
um die Zeit der fälligen Menses Ausbleiben eines psychischen Anfalls (Bromkaliwirkung!),
18 Tage hindurch normales psychisches Verhalten.

---

*) In diesem Bericht haben diejenigen Krankheitserscheinungen der letzten Anfälle, welche mit denen der vorhergehenden Anfälle im grossen und ganzen übereinstimmten und dort bereits erwähnt wurden, keine weitere Berücksichtigung gefunden.

V. Termin: Menses am 19. April.
13 Tage vorher Prodromalerscheinungen,
12 Tage vorher Kupieren eines nahenden Anfalls durch Bromkali,
11 Tage vorher psychische Depression, körperliche Mattigkeit, andauernd bis zur Periode,
während der Periode relative Klarheit,
11 Tage nachher normales psychisches Verhalten.

VI. Termin: Menses vom 10. — 15. Mai.
9 Tage vorher Prodromalerscheinungen,
6 Tage vorher Tobsuchtsanfall, anhaltende Verwirrung,
1 Tag vorher beginnende Klarheit,
1 Tag nach dem Eintritt der Periode völlige Klarheit, geringe psychische Depression,
die Menses selbst verlaufen ohne psychische Störung (5 Tage),
10 Tage nachher weiteres normales psychisches Verhalten.

VII. Termin: Menses vom 31. Mai — 5. Juni.
5 Tage vorher Prodromalerscheinungen,
4 Tage vorher Ausbruch der Verwirrung,
während der Periode Umwandlung der sehr heiteren in sehr trübe Stimmung, geringere Verwirrtheit,
2 Tage nach der Periode geringe psychische Depression,
weitere 7 Tage relativ normales psychisches Verhalten.

VIII. Termin: Menses vom 24. Juni — 6. Juli.
10 Tage vorher Prodromalerscheinungen,
9 Tage vorher Ausbruch totaler Verwirrung und tobsüchtiger Erregtheit; Anhalten dieses Zustandes bis zur Periode,
kurz vor Eintritt derselben relative Klarheit mit starker Depression,
kurz nach Eintritt derselben ängstliche Verwirrung und heftiger Tobsuchtsanfall,
während der anhaltenden Periode anhaltende Verwirrung ohne tobsüchtige Erregung, mit trüber Gemütsstimmung,
nach Ablauf der Periode anhaltende Verwirrung mit heiterer Gemütsstimmung.

IX. Termin: Menses ca. am 20. — 23. Juli fällig, bleiben aus.
Fortbestehen der seit 26 Tagen anhaltenden Verwirrung.
1 Tag vor dem als fällig betrachteten Menstrualtermin heftiger Tobsuchtsanfall, anhaltende gesteigerte Erregtheit,
am Ende dieses Termins auffallende Ruhe und Klarheit,
1 Tag nachher erneuter Verwirrungszustand mit beständigem Wechsel zwischen hochgradiger Erregung und Niedergeschlagenheit.

X. Termin: Menses ca. am 15. — 18. August fällig, bleiben aus.
Fortbestehen der seit 22 Tagen anhaltenden Verwirrung,
zur Zeit des als fällig betrachteten Menstrualtermins keine psychische Veränderung,
6 Tage nachher plötzliche Klarheit und anhaltendes normales psychisches Verhalten.

XI. Termin: Menses ca. am 10. — 13. September fällig, bleiben aus.
Fortbestehen des seit 16 Tagen anhaltenden normalen psychischen Verhaltens,
während des als fällig betrachteten Menstrualtermins und nach demselben keine psychische Veränderung.

XII. Termin: Menses vom 9. — 12. Oktober.
Fortbestehen des seit 46 Tagen anhaltenden normalen psychischen Verhaltens,
vor der Periode und während derselben keine psychische Veränderung.
1 Tag nach derselben Entlassung aus der Anstalt.

Es ist unzweifelhaft, dass wir in dem geschilderten Falle einen zeitlichen und einen ursächlichen Zusammenhang zwischen den menstrualen Terminen und den periodisch wiederkehrenden Verwirrungs- und Erregungszuständen zu konstatieren haben, wenigstens vermögen wir das, soweit es sich um die 8 ersten auf einander folgenden Menstruationstermine handelt. Von da an trübt sich das Bild etwas, die bisher periodische, nunmehr ins Kontinuierliche überzugehen drohende Psychose klingt mit einem Male ab, und das dreimal nach einander folgende Ausbleiben der vorher so regelmässig aufgetretenen menstrualen Blutung am 9., 10. und 11. Termine ist, auch wenn wir die Tage ihres fälligen Erscheinens mit Hülfe des 8. und 12. periodischen Blutabganges genau auszurechnen im stande sind, vielleicht geeignet, das Krankheitsbild zu verwischen.

Was die zeitlichen Beziehungen in den 8 ersten Terminen anlangt, so ist das Fehlen der Blutung beim 3. und 4. Termin ohne Belang; hier kennzeichnen ja die Prodromalerscheinungen, die am Ende des vorhergehenden psychisch freien Intervalls auftauchen, den Beginn des folgenden Termines zur Genüge, und wir können somit die Zeit der fälligen Menses ziemlich genau bestimmen. Der zeitliche Zusammenhang zwischen den periodischen Terminen und den periodischen Anfällen liegt nun bei den 8 ersten menstrualen Zeitabschnitten klar auf der Hand. Wir finden überall zwischen den einzelnen Terminen ein mehr oder minder (3—18 Tage) langes psychisch freies Intervall. Kürzere oder längere Zeit (3—13 Tage) vor dem Beginn des Termines machen sich überall die prodromalen Symptome bemerklich, kürzere oder längere Zeit (1—9 Tage) vorher erfolgen auch in 6 Fällen die Erscheinungen der prämenstrualen Verwirrung; bei den beiden übrigen (4. und 5.) Terminen gelingt es, den drohenden prämenstrualen Anfall mittelst Bromkali zu kupieren, ihn abortiv zu gestalten. Zur Zeit der fliessenden bezw. der fälligen Menses zeigt sich in allen 8 Terminen das Bild einer bedeutend geringeren Bewusstseinsstörung, die sich im Verlauf der Periode 4 Mal in absolute, 3 Mal in relative geistige Klarheit und 1 Mal in starke Ver-

wirrung umwandelt. Sofort nach Ablauf des Menstrualtermines erfolgt 4 Mal absolut, 1 Mal relativ normales psychisches Verhalten und 3 Mal Verwirrungszustand (je 8 und 14 Tage und bis zum nächsten Termin anhaltend). Das Gesagte lässt sich folgendermassen kurz und übersichtlich resummieren:

a) Prämenstruale Erscheinungen:

6 Mal wirkliche } Verwirrung.
2 - abortive }

b) Menstruale Erscheinungen:

4 Mal absolute Klarheit,
3 - relative { Klarheit, / Verwirrung,
1 - absolute Verwirrung.

c) Postmenstruale Erscheinungen:

4 Mal absolute Klarheit,
1 - relative { Klarheit, / Verwirrung,
3 - absolute Verwirrung.

Besonders charakteristisch erscheint in unserem Falle also der zeitliche Zusammenhang zwischen den fliessenden bezw. fälligen Katamenien und der Umwandlung der bis dahin prämenstrual vorherrschenden pathologischen Gemütsstimmung in einer mehr oder weniger dem Normalen sich zuwendenden Richtung; sodann zeigt es sich, dass im postmenstrualen Stadium der 8 Menstruationstermine die Zahl der Verwirrungszustände der Zahl der Klarheitszustände fast ganz das Gleichgewicht hält.

Auch da, wo das Krankheitsbild sich zu trüben beginnt, d. h. im 9. Menstruationstermin, dessen Prodromalerscheinungen wegen der noch vom 8. Termin her aussergewöhnlich lange fortbestehenden Verwirrung nicht so klar zu tage treten konnten, sehen wir die erwähnten zeitlichen Beziehungen gewahrt. Daselbst erblicken wir als prämenstruale Erscheinung den einen Tag vorher eintretenden Tobsuchtsanfall mit folgender gesteigerter Erregtheit (diese Exacerbation inmitten der bisher ziemlich gleichmässig anhaltenden Verwirrung konnte genau beobachtet werden); wir finden am Ende des Termines wiederum eine deutlich auffallende Ruhe und Verständigkeit, und wir sehen endlich als postmenstruale Erscheinung (1 Tag nachher) das Auftreten des erneuten Verwirrungszustandes. Der letzte mit geistiger Störung einhergehende (10.) Menstrualtermin zeigt uns diese zeitlichen Beziehungen nicht, wenigstens haben wir dort keine prämenstruale und keine menstruale Beeinflussung des bestehenden verwirrten Zustandes erblicken können; erst 6 Tage

nach Ablauf des Termines erscheint postmenstruale Klarheit und damit dauerndes normales psychisches Verhalten. Wenn unter 10 auf einander folgenden Menstrualperioden die ersten 9 die genannten prämenstrualen psychischen Erscheinungen zur Schau tragen und die jedesmaligen intermenstrualen Intervalle längere oder kürzere, jedenfalls doch in allen Fällen eine bestimmte Zeit hindurch durch völlig normales Verhalten gekennzeichnet werden, so ist eine zeitliche Verknüpfung der einzelnen Anfälle mit den einzelnen Menstruationsterminen wohl anstandslos zuzugestehen. Die von der beobachteten Norm abweichende Erscheinung beim 10. Termin, an welchem ja die Krankheit ihrem Ende zugeht, ist gerade wegen des nahenden Abklingens der Psychose bei dieser Betrachtung kaum von Bedeutung, und am 11. und 12. Termin dürfen wir bereits von dem erfolgten Ablauf der Krankheit sprechen.

Unsere nächste Aufgabe ist es nachzuweisen, dass bei der eben gezeigten zeitlichen Verknüpfung auch ein ursächlicher Zusammenhang zwischen den menstrualen Terminen und den periodischen Anfällen besteht, dass wir es hier somit wirklich mit menstrualen Anfällen im kausalen Sinne zu thun haben. Der Momente, welche uns diese Annahme vollauf berechtigt erscheinen lassen, sind es gar viele. Zunächst bietet uns die Anamnese, welche in diesem Falle bei dem Bruder, dem Gatten und dem Hausarzt der Kranken, sowie — in ihren freien Intervallen — bei der letzteren selber ziemlich umfangreich und ergiebig aufgenommen werden konnte, eine Reihe wertvoller ätiologischer Handhaben. Wir können es als bestimmt ansehen, dass bei Frau W. von Seiten des Vaters her — seitens der Mutter verlautet nichts Belastendes — eine gewisse hereditäre Disposition, sei sie auch noch so geringen Grades, bestanden hat. Wenn es heisst, dass der Vater an chronischem Kopfschmerz und oft wochenlang anhaltender Schlaflosigkeit gelitten hat, dass er 4 Monate hindurch vor seinem Tode „ganz gedankenlos“ gewesen und, ohne vorher krank gelegen zu haben, eines plötzlichen Todes (an Schlaganfall?) gestorben ist, so dürfen wir auf Grund dieser Angaben, wenn sie auch aus Laienmund kommen, wohl mit Recht gewisse jetzt allerdings nicht mehr zu erkennende neuropathische Verhältnisse bei ihm voraussetzen. Die Kranke selbst war als junges Mädchen stark bleichsüchtig, litt viel an Kopfschmerz und Kopfsummen, verhielt sich stets — wie der Bruder es nennt — „sehr feinfühlend, anspruchsvoll und eitel“ und musste wegen ihres leicht erregbaren Temperaments allseitig geschont werden. Wir glauben

nicht fehlzugehen, wenn wir hierin das Bild der Hysterie erblicken, die ja — wie die Erfahrung lehrt — gerade jungen Jüdinnen verhältnismässig häufig anhaftet. Zu dem durch die Chlorose bedingten konstitutionellen Leiden tritt also in ätiologischer Beziehung die mit der Hysterie gegebene neuropathische Konstitution, und beide im Verein sind nun sehr wohl im stande, jene somatische Disposition des weiblichen Individuums zu begründen, die nach v. Krafft-Ebing's Untersuchungen gerade beim menstrualen Irresein einen so hervorragenden pathogenetischen Faktor bildet. Einen Einfluss von Menstruationsanomalieen auf die Psyche unserer Patientin können wir a priori ausschliessen, da anamnestisch betont wird, dass die im 18. Lebensjahr zuerst erschienenen Menses immer regelmässig verliefen und auch durch volle 5 Jahre hindurch eine besondere Störung des Allgemeinbefindens nicht zur Folge hatten. Wohl aber vermögen wir ein gewichtiges, ja das Ausschlag gebende ätiologische Moment für das Entstehen der Krankheit in der gewaltigen Gemütserregung zu erkennen, welcher das mit einem nervösen, leicht reizbaren Naturell ausgestattete junge Mädchen beim plötzlichen Tode des Vaters ausgesetzt war — (Bruder: „sie konnte sich damals längere Zeit gar nicht zufrieden geben").

Hereditär und somatisch, auch durch ihre Race, für die Geisteserkrankung disponiert, durchlebte sie damals den ersten Ansturm auf ihre psychische Integrität, und sie unterlag ihm um so mehr, als sich in ihr gerade zu jener Zeit der physiologische Prozess der Menstruation abspielte, welcher die Verfassung ihres Centralorganes nur noch mehr in den Zustand erhöhter Vulnerabilität versetzen musste. Die heftige Gemütserregung, aus welcher unter den waltenden Verhältnissen der damals zum ersten Mal aufgetretene, noch in mässigen Schranken sich haltende Aufregungs- und Verwirrungszustand auch ohne den menstrualen Vorgang ganz gut seine Erklärung finden konnte, fiel also zeitlich mit dem Katamenialprozess zusammen, und damit ist uns die vollkommene Analogie unseres Falles mit denjenigen von v. Krafft-Ebing beobachteten und als menstruale Psychosen erkannten Fällen gegeben, bei welchen sich bestimmte mit dem menstrualen Reizvorgang während des ersten psychischen Anfalls koinzidierende Schädlichkeiten (u. a. Gemütsbewegungen) geltend gemacht hatten und bei denen nunmehr im Verlauf der Krankheit die normalen Menstruationsvorgänge an sich genügten, um die periodische Wiederkehr der Paroxysmen herbeizuführen. Ätiologisch spricht demnach bisher alles im Sinne unserer An-

nahme, dass wir es mit einer periodischen Psychose menstrualen Charakters zu thun haben.

Es gilt nun zu zeigen, dass nach einmal ausgebrochener Krankheit in der That der normale Menstruationsprozess an sich zur Erzeugung immer neuer Anfälle ausreichte. Die Anamnese sagt aus, dass seit des Vaters Tode die Zeit der Periode jedesmal einen 5—6 Tage anhaltenden Aufregungs- und Verwirrungszustand hervorrief, nirgends wird uns innerhalb des Zeitraumes von December 1879, der Zeit des 1. Anfalls, bis in den Sommer 1883 von menstrualen Unregelmässigkeiten berichtet. Allerdings erfolgte im Juli 1883 eine gynäkologische Behandlung wegen „Lageveränderung des Uterus", und wir könnten geneigt sein anzunehmen, dass das jedenfalls schon längere Zeit bestehende uterine Leiden, wie es ja bei so mancher gynäkologischen Affektion beobachtet wurde, auch seinerseits einen vielleicht nicht unerheblichen Einfluss auf die Weiterentwicklung der anderswoher entstandenen periodischen Geistesstörung ausgeübt habe. Dagegen spricht aber, dass der Verlauf der psychopathischen Erscheinungen in diesem Falle kaum den exquisit periodischen, und zwar immer nur zur Zeit der Menses sich bethätigenden Charakter beibehalten haben dürfte, den derselbe nach den übereinstimmenden Aussagen, also mehr als 3 Jahre hindurch, deutlich aufgewiesen hatte. Es hätte alsdann vielmehr die Psychose einen chronischen kontinuierlichen Verlauf mit periodisch sich wiederholenden Exacerbationen nehmen müssen, und das war thatsächlich nicht der Fall. Die Intervalle waren vielmehr frei, und die sich nur zeitweise intermenstrual äussernde deprimierte Stimmung resultierte, wie in der Anamnese hervorgehoben wurde, aus der leicht erklärlichen Befürchtung der Patientin, dass sie überhaupt nicht wieder dauernd gesund werden könnte. In zweiter Linie dürfen wir aber auch einen Schluss auf die Geringfügigkeit des sexuellen Leidens ziehen aus der Thatsache, dass 4 Monate nach der durch die Konsultation einer hervorragenden Autorität auf gynäkologischem Gebiete voraussichtlich erzielten Heilung resp. Besserung des Zustandes sofort nach der Hochzeit Konzeption stattfand und dass sich daran völlig normale, durch nichts gestörte Schwangerschaft, Entbindung und Puerperalzeit anschloss. Wir dürfen also den in bezug auf die gynäkologische Affektion erhobenen Einwand wohl mit Recht fallen lassen und die typische Wiederkehr der Anfälle zur Zeit der Menstruationstermine allein dem jeweiligen normalen Menstruationsvorgang zuschreiben. Die beiläufige Notiz in dem Briefe ihres Bruders, nach welcher die

noch unverheirathete Patientin bei einem dreimonatlichen Besuch in Thüringen bei sonstigem vollständigen Wohlbefinden dreimal einen mit plötzlichem Aufbrausen beginnenden Aufregungsanfall bekam, vermag diese Meinung nur noch zu bestätigen.

Auch die psychischen und menstrualen Vorgänge vor und nach der Hochzeit der Patientin sind bei näherer Betrachtung danach angethan, auf diese Meinung ein günstiges Licht zu werfen. Der kurz vor der Hochzeit ausgebrochene Verwirrungszustand, wegen dessen der kirchliche Trauakt um zwei Tage verschoben werden musste, charakterisiert sich nach der Aussage des damaligen Bräutigams genau in der auch bei uns im Krankenhause beobachteten Art und Weise seines Verlaufes; erst ein längerer — prämenstrualer — Verwirrungszustand, dann während und am Ende des menstrualen Termins deutliche Klarheit — während der letzteren fand die Trauung statt —, und endlich ein — postmenstrual — erneuter Verwirrungszustand (in der Brautnacht). Dass die Braut damals kurz vor der auf das freie — menstruale — Intervall fallenden Trauung ihre Regel gehabt, vermochte die Anamnese nicht ausdrücklich zu erforschen; dass sie sie damals aber, und zwar zum letzten Male vor der nun folgenden Gravidität gehabt haben muss, ergiebt sich aus folgender sachlichen Betrachtung. Es erfolgte nach der Hochzeit sofort Konzeption, denn die Menses blieben von nun an definitiv aus und die mit der normalen Geburt eines ausgetragenen, lebensfähigen Kindes endigende Gravidität hatte auch in zeitlicher Beziehung einen normalen Verlauf. Ebenso wie man nun aus dem Tage des Eintrittes der letzten Menstruation nach der bekannten, allerdings keine absolute Sicherheit bietenden, aber in den meisten Fällen, wo die Periode früher regelmässige Intervalle einhielt, immerhin wertvollen Formel (3 Monate zurück- und 7 Tage hinzuzählen!) den vermutlichen Tag der Niederkunft bestimmen kann, so vermögen wir auch hier aus der Zeit der am Ende der normalen Schwangerschaft eingetretenen Entbindung nach der im umgekehrten Sinne angewandten Formel einen Rückschluss auf die vermutlichen Tage, an denen die Periode zum letzten Mal regelmässig erfolgte, zu ziehen. Bei dieser von der Mitte August 1884 erfolgten Niederkunft ausgehenden Berechnung, die, was nicht zu übersehen ist, immer nur eine ungefähre sein kann, ergeben sich die Tage der ersten Dekade im Monat November 1883 als die zeitlichen Grenzen, innerhalb deren die letzte Menstruation sich vollzogen haben muss. Diese Zeit ist genau dieselbe, in welcher der letzte typische Aufregungs- und Verwirrungszustand statthatte,

und wir werden also auch hier, wo die Anamnese uns bei einem wichtigen Punkte im Stich lässt, im Anschluss an die über eine Reihe von Jahren sich erstreckenden Beobachtungen einen ganz bestimmten kausalen Zusammenhang zwischen der kurz vor der Hochzeit erfolgten Verwirrung und dem kurz vor der Empfängnis erfolgten letzten Menstruationstermin zu supponieren haben.

Dass es der letzte typische Menstrualvorgang war, ist nach dem Gesagten schon aus physiologischen Gründen klar und wird überdies durch die Aussage des Gatten, dass in der Ehe keine Periode mehr erfolgte, bestätigt; im Verfolg unserer Erörterungen bedürfen wir nun aber auch als Zwischengliedes der Überzeugung, dass es damals auch der letzte typische Verwirrungsanfall war und dass der laut Anamnese im Beginn der Ehe zweimal erfolgte Eintritt eines aufgeregten Zustandes mit den bisherigen periodischen Anfällen nichts gemein hatte. Wenngleich nichts Bestimmtes über die Natur dieser beiden „aufgeregten Zustände" verlautet, so sehen wir doch schon, dass sie nicht als Verwirrungszustände bezeichnet werden, also weniger als psychischer, als vielmehr als nervöser Natur aufgefasst werden können. Geben wir aber zu, dass beide in gewisser Beziehung an die vorher zur Zeit der Menstruationstermine hervorgetretenen hochgradigeren Aufregungszustände erinnern, so erkennen wir einerseits die Möglichkeit sehr wohl an, dass das seit langer Zeit an periodisch wiederkehrende, peripher bedingte Reizvorgänge und an dementsprechende pathologische Bethätigungen nach aussen hin gewöhnte Centralnervensystem zu Anfang der Zeit, wo die excentrischen nervös-reflektorischen Reize der Menstruation resp. der jener zu grunde liegenden Ovulation ausblieben, mehr einem noch von früher her bedingten, central innewohnenden Impulse folgte und bei der nun mit einem Male von ihren periodischen Anfällen befreiten jungen Frau zweimal jene Äusserungen und Handlungen hervorrief, welche dem Gatten als die Anzeichen eines typischen Anfalls, nur von geringerer Intensität, imponieren mussten. Auf der anderen Seite aber ist die Periodizität dieser beiden „aufgeregten Zustände" ja aber gar nicht erwiesen, und wir neigen vielmehr zu der viel wahrscheinlicheren und sehr wohl begreiflichen Annahme, dass dieselben weiter nichts seien als der Ausfluss einer temporären Erregtheit, wie sie vermöge der vielen gemütlichen und auch geschlechtlichen Erregungen gerade in dem Eheleben einer sowohl neuro- wie psychopathisch belasteten jungen Gattin so häufig und so leicht erklärlich zu stande kommen können.

Vermögen wir diese Ausführungen als beweisend dafür an-

zusehen, dass es sich hierbei nicht um solche typischen Anfälle handelt, wie sie früher regelmässig erschienen, sondern dass der geschilderte Paroxysmus während der letzten Menstrualzeit nun auch der letzte derartige typische Anfall war, so gehen wir gleich einen Schritt weiter und beachten die wichtige Erscheinung, dass während des ganzen Verlaufs der Schwangerschaft und des Wochenbettes bis hin zu der Zeit, wo die junge Mutter aufhörte, ihr Kind selbst zu säugen, also in den Zeitabschnitten, wo physiologisch normal keine Menstruation erfolgt, auch kein einziger irgendwie erheblicher Aufregungs- oder gar Verwirrungszustand zu verzeichnen ist, dass Frau W. sich im Gegenteil zu dieser Zeit geistig wie körperlich völligen Wohlbefindens erfreute. Die in das ganze körperliche und seelische Leben des Weibes so tief einschneidenden Epochen der Gravidität, des Puerperiums und der Laktation, deren hochwichtiger Einfluss auf die Entstehung von Geisteskrankheiten in den Irrenanstalten täglich seine Illustration findet, gingen also an ihr, der hereditär und individuell belasteten, seit genau 5 Jahren an periodisch wiederkehrender Geistesstörung leidenden Kranken vollkommen spurlos vorüber, und nicht nur das, sondern vermöge einer ihnen allen dreien in gleicher Weise zukommenden physiologischen Erscheinung, nämlich des Fehlens des periodischen menstrualen resp. ovarialen Prozesses, üben sie sogar einen 14 Monate andauernden, deutlich und unzweifelhaft charakterisierten heilenden Einfluss auf die bestehende Psychose aus. Dürfen wir nach alledem noch daran zweifeln, dass in der That zwischen dem Eintritt der bisher beobachteten psychischen Anfälle und den zeitlich mit ihnen kongruierenden Menstruationsterminen nicht nur ein zeitlicher, sondern auch ein ursächlicher Zusammenhang besteht?

Die entscheidende Antwort auf diese Frage giebt die Thatsache, dass sofort nach dem Aufhören der Säugungsperiode, d. h. nach der Beendigung jenes 14monatlichen, die genannten drei Phasen des weiblichen Fortpflanzungsgeschäftes verknüpfenden Zeitraumes gleich die erste physiologisch normal wieder einsetzende Menstruation von neuem einen heftigen psychischen Anfall, nach der langen Pause noch mit viel stärkerer Intensität als früher, im Gefolge hat oder richtiger, dem prämenstrualen Eintritt der typischen Bewusstseinsstörung entsprechend, denselben einige Tage vorausschickt.

Damit haben wir die aus der Anamnese gewonnenen ätiologischen Gesichtspunkte, die auf einen kausalen Zusammenhang zwischen den menstrualen Terminen und den periodischen An-

fällen hinweisen, erschöpft, und es erübrigt noch, die im Krankenhause selbst gemachten Erfahrungen zum Beweise für unsere Annahme zu verwerten. Wir verweisen gleich hier auf die obige resummierende Zusammenstellung der gesamten psychischen Erscheinungen, welche bei den einzelnen Menstruationsterminen zur Beobachtung kamen, und wir glauben, dass es dem unbefangenen Auge nicht schwer sein wird zu erkennen, wie bei der evidenten temporären Koinzidenz beider und gerade wegen derselben unbedingt auch kausale Beziehungen zwischen ihnen geherrscht haben müssen. Auch wenn uns die wichtigen anamnestischen Daten und damit die daraus gewonnenen Schlussfolgerungen fehlten, würden wir doch schon aus jener tabellarischen Übersicht schliessen können, dass die einzelnen Anfälle als die psychischen Konsequenzen der menstrualen Vorgänge anzusehen seien. Und wenn wir uns vollends die Reihe der 9 Anfälle, welche sich dem Auge des ärztlichen Beobachters darboten, an der Hand der oben wiedergegebenen Auseinandersetzungen v. Krafft-Ebing's ansehen und unsere Aufmerksamkeit auf die mannigfaltigen, gerade in den wesentlichsten Punkten sich dokumentierenden Übereinstimmungen in dem Wesen dieser Anfälle mit den von jenem gewonnenen Resultaten richten, so wird sich auch aus den im Folgenden zu erörternden Analogieen die volle Berechtigung ergeben, unseren Fall als einen typischen Fall von menstrualem periodischen Irresein im Sinne jener psychiatrischen Autorität zu deuten.

Zunächst bietet sich gerade in den näher ausgeführten zeitlichen Verhältnissen, vor allem in dem absoluten Vorwiegen der prämenstrualen Irreseinsform, ein bestätigendes Analogon zu den v. Krafft-Ebing'schen Beobachtungen und noch mehr mit den im Anschluss an diese Beobachtungen erzielten Resultaten von Ellen Powers. Der erstere zählte unter den 17 hier in Betracht zu ziehenden Fällen 8 Mal das prämenstruale Auftreten des Paroxysmus (47 % gegenüber 35 % menstrualem und 18 % postmenstrualem Auftreten desselben), die letztere hatte bei 9 untersuchten Fällen ein bei weitem günstigeres Ergebnis: 6 Fälle, also 67 %, gegenüber den 3 anderen Fällen, bei welchen weder ein ausgesprochen prämenstrualer, noch auch ein ausgesprochen menstrualer oder postmenstrualer Typus erkannt werden konnte. Mit dieser Erfahrung stimmt auch die Behauptung Schüle's überein, wonach das prämenstruale Irresein am häufigsten vorkommt. Unsere 9 mit psychopathischen Erscheinungen verknüpften Menstruationstermine zeigen durchweg den prämenstrualen Beginn der Erkrankung, und die beiden darin eingeschlossenen Termine,

welche ohne eigentlichen Ausbruch der durch die Prodromi ebenfalls als prämenstrual drohend angekündigten Verwirrung verliefen, haben ihre Abortivität den ausgiebigen therapeutisch-prophylaktischen Massnahmen zu verdanken, durch welche es gelang, den imminenten Anfall zu kupieren.

Was die Dauer des einmal eingetretenen Paroxysmus betrifft, so wird dieselbe nach den übereinstimmenden Erfahrungen durch das Fliessen der Menses nicht beeinflusst; der prämenstruale Anfall kann vor dem Eintritt der Regel, er kann während derselben zurückgehen, er kann dieselbe aber auch je nach der Intensität des menstrualen Reizzustandes, des augenblicklichen Erregbarkeitszustandes des Centralorgans und der eventuellen äusseren kumulativen Schädlichkeiten längere oder kürzere Zeit überdauern. In unserem Falle gelang es jedoch, in dieser Beziehung eine gewisse einheitliche Norm aufzustellen; von 7 hier in Betracht kommenden Menstrualterminen mit uteriner Blutung fanden sich 4, in welchen die eintretende Blutung die bereits aufgetretenen Paroxysmen definitiv beendete, und 3, in welchen sie wenigstens eine temporäre, nur für die Zeitdauer ihres Fliessens wirksamen Einfluss auf die Beseitigung derselben ausübte. Doch wollen wir nicht verfehlen, darauf aufmerksam zu machen, dass im 8. Menstruationstermin bei zum ersten Male wider Gewohnheit lange (12 Tage) anhaltender Blutung sofort nach der kurzen menstrualen Remission ein zum ersten Male wider Gewohnheit langer (26 Tage) anhaltender Verwirrungszustand sich einstellte.

Weiterhin findet jene hierher gehörige, schon früher erkannte Erscheinung ihre Bestätigung, dass sehr oft die Anfälle mit ihrer häufigen Wiederkehr länger werden und schliesslich, wenn der vorhergehende menstrual bedingte psychische Erregungszustand noch fortdauert, wenn der nächstfolgende bereits anhebt, in einander übergehen können; auch hier drohte im Verlauf der Psychose in nicht zu verkennender Weise der Ausgang in ein chronisches kontinuierliches Irresein.

Diesen zeitlichen Analogieen zwischen unserem Fall und der in der Litteratur verzeichneten Kasuistik steht nun eine Reihe sprechender symptomatischer Analogieen hülfreich zur Seite. Wir gehen aus von dem Satze Schüle's: „Die genauere klinische Charakteristik des eigentlichen (menstrualen) Paroxysmus bindet sich nicht immer an den Typus der psychischen Hirnneurose; nicht selten kommen auch die Bilder tieferen Hirnreizes, also eigentlicher Cerebropsychosen zu tage. Dementsprechend wird sehr häufig das für den ersteren zugehörige melancholische Pro-

dromalstadium vermisst und durch aktive Kongestivzustände, Kopfweh, Schlaflosigkeit u. s. w. ersetzt". In demselben Sinne konstatierte auch v. Krafft-Ebing als „konstante Begleiterscheinung der psychischen Symptome" bei seinen 19 Fällen eine erhebliche Fluxion zum Gehirn, die er wegen des Mangels einer Herzhypertrophie oder einer gesteigerten Energie der Herzthätigkeit nur in vasomotorischen Ursachen suchen konnte und die er, da sie überall die Paroxysmen einleitete, auch nicht als Folgeerscheinung der Hirnerregung betrachten zu müssen glaubte. Diese „Blutwallung zum Gehirn" zeigt sich nun auch bei allen Menstruationsterminen unseres Falles als die den jeweiligen paroxysmellen Zustand konstant einleitende Begleiterscheinung. Sie äussert sich in subjektiven Gefühlen, welche der Kranken selbst das Wort in den Mund legen: „mir steigt das Blut zu Kopfe", — in Atembeschwerden, Brustbeklemmung, Schwindel, Schwere und Druck im Kopf, besonders im Hinterkopf, Ohrensausen, Kopfschmerzen — einmal bittet die bereits verwirrte Pat. um eine Eisblase auf den Kopf! — ferner in allgemeinem körperlichen Unbehagen, grosser Mattigkeit, Schlaflosigkeit, Steigerung der Pulsfrequenz, in verschiedenen psychischen Reizzuständen wie einfacher Verstimmung, trüben Gedanken, Angst vor den kommenden Tagen, mürrischem, abstossendem Wesen, Neigung zum Mäkeln, Tadeln und Zanken, leichten Verfolgungsgedanken, heftiger Erregbarkeit, endlich in perversen Sensationen, nämlich Gesichts-, Geruchs- und Gehörshallucinationen (sieht menschliche Gestalten und Tiere, spürt Leichengeruch, hört hinten im Kopf ein Geräusch). Ein eigentliches Stadium prodromorum melancholicum wurde dagegen gar nicht, im 1. Termin nur andeutungsweise beobachtet; auch dies entspricht den v. Krafft-Ebing'schen Erfahrungen.

Doch nicht nur die Vorläufererscheinungen, auch das ganze Krankheitsbild spricht für die Diagnose einer Psychose typisch menstrualen Charakters. Wenn v. Krafft-Ebing bei 16 seiner 19 Fälle und Powers bei 8 ihrer 9 Fälle als Krankheitsform die „Manie" diagnostiziert, so würde trotz der Ähnlichkeit der Fälle diese Ausdrucksform für unseren Fall allerdings nicht ganz passend erscheinen; wir berufen uns an dieser Stelle vielmehr ausdrücklich auf die bei der Besprechung der Symptomatologie des menstrualen Irreseins oben (pag. 21) kurz gefassten Erörterungen, nach welchen wir uns bei gewissen symptomatischen Verhältnissen, nämlich wenn das Krankheitsbild in erster Linie durch Hallucinationen und Wahnvorstellungen beherrscht wird und diese letzteren, nicht die der Manie *κατ' ἐξοχήν* primär

zugehörigen Äusserungen der Affekte, in den Vordergrund treten, veranlasst sehen, nach einer zutreffenderen diagnostischen Bezeichnung zu suchen. Die psychopathischen Zustände unseres Falles sind solche, dass auf sie der damals in umfassendem Sinne gebrauchte Begriff der „Manie" nicht mehr passt, wir können sie nach Westphal heute viel prägnanter als „in periodischen Schüben wiederkehrende Anfälle von hallucinatorischer Verwirrtheit" bezeichnen. Diese Benennung bedarf keiner weiteren Begründung; nur wenn wir die Periodizität der Anfälle weiter betonen, ist es vielleicht angezeigt, darauf hinzuweisen, dass, wie bei allen anderen Fällen von menstrualem Irresein, so auch hier die einzelnen im Zusammenhange mit den Menstruationsvorgängen wiederkehrenden Anfälle durchaus nicht regelmässig ein und dieselben wiederkehrenden symptomatischen Erscheinungen aufzuweisen brauchen. Dieselben treten vielmehr, wenngleich immer innerhalb desselben Symptomenkomplexes, so doch je nach der Qualität und Intensität der jedesmaligen Hirnerregung in verschiedener Weise, entweder so sehr oder so wenig hervor, dass bei verschiedenen Anfällen die eine Symptomengruppe ganz in den Vorder-, die andere ganz in den Hintergrund gerückt erscheinen kann und umgekehrt. Im Rückblick hierauf wird man auch von unserem Fall nicht verlangen, dass die einzelnen Paroxysmen in allen ihren Einzelsymptomen vollständig, bis ins kleinste Detail, einander gleichen; dass sie in ihren Symptomenkomplexen übereinstimmen, ist natürliche Voraussetzung und Bedingung.

Das häufige Auftreten von Sinnestäuschungen, namentlich von solchen des Gesichts, ist aus der Krankengeschichte (z. B. Anamnese, Termin I, VIII) direkt ersichtlich, ebenso können die deutlichen Wahnideeen meist expansiven Charakters (z. B. Termin VI, IX) daselbst, da wir unnötige Wiederholungen vermeiden wollen, eingesehen werden. Besonders erwähnen wollen wir an diesem Orte nur einige wichtige symptomatische Momente, welche nach v. Krafft-Ebing gerade für die auf menstrualem Wege entstandenen Irrsinnsformen gewisse charakterisierende Bedeutung gewinnen können. Eines dieser Momente ist die auch in unserem Fall (Termin VIII, IX) sich deutlich markierende sexuelle Excitation mit allen ihren Abstufungen, von den leisen Andeutungen erotischen Inhalts an bis zu den offenkundigen unanständigen Handlungen, ein anderes die in den höchsten Stadien hallucinatorischer Erregtheit stets vorhandene sehr erhebliche Bewusstseinsstörung (Anamnese, Termin I—III, VI—X), die sich bis zu wahren Stupor- (Termin IX) und Dämmerzuständen

(Termin I) steigern kann und mit welcher oft eine central bedingte Unempfindlichkeit gegen unangenehme Eindrücke und Gemeingefühle, ja völlige Aufhebung der Schmerzempfindung (Termin I) einhergeht. Dazu tritt ferner die sehr defekte, nur ganz summarische Erinnerung für das im Anfall Erlebte (Anamnese, Termin I, II u. s. f.), endlich die von v. Krafft-Ebing als besonders charakteristisch hingestellte klinische Erscheinung der „tiefen mimischen Entstellung im Anfall, sodass während desselben die Persönlichkeit physiognomisch eine ganz andere ist"; in Termin II sehen wir, wie sehr auch unsere Patientin zur Zeit des menstrualen Anfalls sich selbst unähnlich wird, wie sie nach kurz vorher bekundetem ruhig klaren und einsichtsvoll verständigem Verhalten sich wie mit einem Schlage in die beissende, kratzende, tobende Megäre voller Wildheit und Wut umwandelt. Gewisse an das Maniakalische hinüberreichende charakteristische Züge bietet das Krankheitsbild in der lebhaften motorischen Erregung, die sich (Anamnese, Termin III, VII—IX) in beständigem zwecklosen, oft auch rücksichtslosen Bewegungsdrange äussert, ferner in der auf einem raschen Wechsel der Affekte beruhenden episodisch (Termin VII, VIII) wiederkehrenden Erscheinung, dass sich mitten in den Paroxysmus der ausgelassensten Heiterkeit plötzlich eine vorübergehende traurige Verstimmung mit Weinen und Klagen einschiebt, die ebenso rasch, wie sie gekommen, auch wieder in den früheren Zustand übergeht, endlich aber in jenen lebhaften Ausbrüchen von zorniger Gereiztheit, welche den Charakter von Tobsuchtsanfällen mit aggressivem Verhalten der Umgebung gegenüber annehmen können (Termin II, III, VI, IX). Auch diese letzten drei symptomatischen Momente kann man sich ganz gut als auf hallucinatorischen Wahnvorstellungen beruhend erklären.

Ausser in den Prodromen und in der klinischen Krankheitsform der einzelnen Anfälle finden wir in dem perakuten Verlaufe der Paroxysmen eine Analogie unseres Falles zu den litterarisch besprochenen, auch wir beobachteten (Termin I, II, VI) den „rapiden Anstieg des Krankheitsbildes zur Acme, sein Verweilen auf dieser mit nur geringfügigen Remissionen bis zum jähen Abfall zur Norm der psychischen Existenz". —

Wenn wir uns nun fragen, ob wir unseren Fall nach dem Gesagten wirklich als einen Fall von periodischem Irresein mit menstrualem Typus, also von reiner menstrualer Psychose aufzufassen haben, mit anderen Worten, ob er vollkommen jenen drei Abgrenzungen des Krankheitsbildes entspricht, welche Ellen Powers auf Grund von insgesamt 92 Fällen dieser Art aufstellte, so glauben wir diese Frage mit Recht in bejahendem Sinne be-

antworten zu dürfen. Zu allererst erfüllt unser Fall jene Bedingung, dass die Psychose an sich wohl charakterisiert sei: wir fanden die periodische hallucinatorische Verwirrtheit als klinische Krankheitsform. Sodann entspricht er der Forderung, dass die Paroxysmen regelmässig und nachweisbar mit der Menstruation zusammenhängen: im Hinweis auf die ziemlich genaue Anamnese, auf die in der Familie und im Irrenhause gesammelten Beobachtungen glauben wir diesen Zusammenhang in zeitlicher und kausaler Hinsicht hinlänglich bewiesen zu haben. Es erübrigt nur noch zu beweisen, dass auch der dritten Bedingung, dass nämlich die Intervalle ziemlich frei seien, durch unseren Fall genügt wird. Und auch da bedarf es, um diesen Beweis zu führen, nur eines Hinweises auf die intervallären Zustände in der Psyche unserer Patientin mit vergleichendem Rückblick auf die wiederholt zitierten Fälle der Litteratur und den aus ihnen gewonnenen Resultaten. Es stellte sich nämlich als unmittelbare Folge der Anfälle in den kasuistisch verzeichneten menstrualen Psychosen fast durchweg eine grosse Ermattung und Erschöpfung, körperlich sowohl wie geistig, ein, die in der vorausgegangenen aufs Höchste gesteigerten psychischen und körperlichen Erregung ihre volle Erklärung findet. Je nach der Intensität des Anfalls und der somatischen Energie des Individuums hielten diese postparoxysmellen Symptome längere oder kürzere Zeit an, um dann dem eigentlichen interparoxysmellen Intervall Platz zu machen. Diese auch bei uns nach jedem Anfall wahrgenommene grosse Erschöpfung, die ja eine ganz natürlich bedingte Reaktion der geistigen und körperlichen Persönlichkeit auf intensiv sie treffende Reize darstellt, brauchen wir nun garnicht mit zu den spezifischen intervallären Symptomen zu rechnen, vielmehr zählen wir darunter nur diejenigen Erscheinungen, welche in der Zeit nach dem Ablauf jener geistigen Ermattung bis zum Beginn der Prodromalsymptome des nächsten Anfalls auf dem Gebiete der Psyche hervortreten. Und da finden wir bei unseren 9 zur Zeit und auf Grund der Menstruationstermine aufgetretenen periodischen Anfällen zunächst 6 hintereinander folgende lucide Intervalle, wo man von einem absolut normalen psychischen Verhalten sprechen durfte (auch die anamnestisch erforschten Intervalle sollen durchweg klar gewesen sein), dann folgt das 7. Intervall mit nicht völlig intakter Psyche, also halb normalem, halb unnormalem psychischen Verhalten, und endlich verschwinden die beiden letzten Intervalle vollständig unter der von einem Menstruationstermin auf den anderen übergehenden anhaltenden Verwirrung. Thatsächlich entspricht unser Fall auch in dieser dritten

Beziehung jenen an den Charakter einer typischen menstrualen Psychose gestellten Anforderungen, da er zwischen mehr als zwei Dritteln von aufeinanderfolgenden Menstruationsterminen freie Intervalle aufweist. Er würde der betreffenden Bedingung auch dann noch vollkommen genügen, wenn wir die Intervalle nicht als frei, sondern nur als ziemlich frei bezeichneten, im Sinne jener warnenden Bemerkung Mendel's, nach welcher „die Abnormität in der Zwischenzeit so gering sein kann, dass sie nur bei aufmerksamer und sachverständiger Untersuchung sich zeigt und zuweilen im Anstaltsleben nicht nachzuweisen ist, sondern erst deutlich wird, wenn die Kranken in Freiheit vor den Aufgaben des Lebens gestellt werden oder wenn man im stande ist, einen Vergleich zwischen dem augenblicklichen psychischen und dem früheren Zustand der Kranken in bezug auf ihre geistige Energie, auf ihr Streben, auf ihre Teilnahme gegenüber ihren Angehörigen u. s. w. anzustellen". —

Zum Schlusse endlich sei noch auf den Ausgang der Krankheit hingewiesen, welchen wir ebenfalls noch als Analogon zu den Resultaten v. Krafft-Ebing's verwerten können. Derselbe fand, dass der Gesamtverlauf des menstrualen Irreseins in der Mehrzahl seiner Fälle auch bei zeitweise erfolgendem Aussetzen der Anfälle eine vorwiegende Tendenz zu fortwährender Wiederkehr der menstrualen Paroxysmen zeigte, ja es in dem vierten Teil seiner Fälle mit der fortdauernden Schädigung des psychischen Organs durch menstruale Kongestionen und Anfälle zu sekundären psychischen Schwächezuständen kam. Zunächst machte sich eine Vermischung der einzelnen Paroxysmen kenntlich, bei welcher die einzelnen Menstrualphasen dann nur Exacerbationen des nunmehr kontinuierlich, chronisch gewordenen Irreseins darstellten; späterhin verschwanden auch diese Verschlimmerungen des Leidens zur Zeit der Menstruationstermine, und es erfolgte mit der Zeit endlich der Ausgang in unheilbare chronische Geisteskrankheit (allgemeine Verwirrtheit, Blödsinn). Jedenfalls erschien die Prognose des menstrualen Irreseins, wie die der periodischen Psychosen überhaupt, als eine ungünstige.

Einen ähnlichen Ausgang des Leidens haben wir auch in unserem Falle. Nachdem im Intervall zwischen VII. und VIII. Menstruationstermin im Gegensatz zu den vorhergehenden Intervallen nur eine relative Rückkehr zur geistigen Norm erfolgt war, zeigt das Intervall zwischen dem VIII. und IX. und das zwischen dem IX. und X. Termine evident anhaltende Verwirrung, welche im ersten Fall 29, im zweiten 32 Tage andauerte. Es war somit schon eine Verschlimmerung der Krankheit zu konstatieren,

und die regelmässige Darreichung von Bromkali in gesteigerten Dosen schien, mit Ausnahme der beiden früher durch dasselbe kupierten Anfälle im weiteren Verlauf der Psychose keinen wesentlichen Einfluss mehr auf die Herabsetzung der Erregbarkeit des Gehirns auszuüben. Auf der anderen Seite aber dürfen wir nicht übersehen, dass sich auch hier wieder schon eine leise Andeutung für das baldig erfolgende Abklingen der Psychose bemerkbar macht: der erste der beiden letztgenannten Verwirrungszustände zeigt noch deutlich die eben erwähnte menstruale Exacerbation, der andere, also der letzte Verwirrungszustand überhaupt, zeigt diese Exacerbation nicht mehr!

Und nunmehr erfolgte nach Ablauf des X. Menstrualtermines jener plötzliche Abfall der Verwirrung und der jähe Übergang in vollkommen normales psychisches Verhalten, welches während 50 Tagen eingehender Beobachtung im Krankenhaus ungestört anhielt und auch durch die beiden nächsten Menstruationstermine (der XI. ohne, der XII. mit menstrualer Blutung) keinerlei irgendwie erhebliche Beeinträchtigung des psychischen Wohlbefindens erlitt. Da in jenem X. Termine kein äusserlich sichtbarer Blutabgang erfolgte, wir also den Menstruationstermin nur nach den bisher beobachteten zeitlich periodischen Verhältnissen ungefähr zu berechnen im stande sind — was in unserem Falle allerdings wohl immer mit einiger Sicherheit geschehen konnte —, so können wir hierbei nicht mit der vorher ermöglicht gewesenen Prägnanz bestimmen, ob und in welchem Grade auch hier ein wesentlich heilender Einfluss der ablaufenden Menstruationszeit auf den bestehenden prämenstrualen Verwirrungszustand gewaltet hat. Allerdings hat wohl diese Annahme am meisten für sich, dass, nachdem der vom IX. Termin her überdauernde postmenstruale Zustand ohne Intervall und mit Verdeckung der neuen Prodrome in den prämenstrualen des X. Termines übergegangen und dieser ohne menstruale Exacerbation verlaufen war, der erfolgte Ablauf des Menstruationstermines gemäss der schon früher als vorwiegend erkannten Erscheinung das Ende der Verwirrung und diesmal das definitive Ende derselben unmittelbar zur Folge hatte. Gleichwohl wurde schon damals quoad restitutionem completam die Prognose für die Zukunft nicht günstig gestellt und die anscheinend Geheilte nur mit dem Anstaltsvermerk „gebessert“ aus dem Krankenhaus entlassen. —

Die wegen eines baldig wiederzuerwartenden Ausbruches der Geistesstörung gehegten Befürchtungen bewahrheiteten sich schon nach Ablauf von 5 Monaten. Zunächst nach der Entlassung befand sie sich (vom Oktober 1885 bis März 1886) sehr wohl,

die Periode war regelmässig und verlief ohne psychische Störung. Anfang März 1886 nächtlicher fünfstündiger Verwirrungsanfall, einige Tage nachher Eintritt der Periode. Dasselbe erfolgte Anfang April. Anfang Mai letzte Periode dann Gravidität. Im Juni ein leichter zweistündiger Verwirrungsanfall, 14 Tage vor der Zeit, in welcher ohne die Gravidität die Periode sonst eingetreten wäre. Seitdem ruhiges Verhalten unter beständigem Bromkaliverbrauch. Mitte Dezember 1886 Frühgeburt, faultote Frucht. Mitte Januar 1887, 14 Tage vor der ersten Periode nach der Entbindung nächtlicher Verwirrungsanfall von 15 stündiger Dauer, ein kurzer Anfall Ende Januar, 8 Tage vor der Periode. Die letztere verlief ohne Störung. Im Februar 1887 in der Nacht vor der 2. Periode nach der Entbindung erneuter Anfall, wieder 15 Stunden dauernd, während der 6 Tage lang fliessenden Menses völlige Klarheit. 14 Tage vor der nächsten Periode im März Ausbruch starker Verwirrung, 11 Tage vorher zweite Einlieferung auf die Irrenabteilung, daselbst sehr wechselndes Verhalten, Psyche nicht intakt. Einen Tag vor der Periode ohne weitere Vorboten Ausbruch eines heftigen Erregungszustandes, in der Nacht darauf Eintritt der Periode, am folgenden Morgen ist Pat. vollkommen frei, der ruhige Zustand hält an. 7 Tage vor der nächsten Periode im April plötzlicher Umschlag der Stimmung, 5 Tage vor derselben heftige Erregtheit, während und nach derselben anhaltende, bis zum nächsten Menstruationstermin fortdauernde Verwirrung. Im Verlaufe der Periode im Mai wird Pat. ruhiger, 2 Tage nach dem Schwinden derselben ist sie ganz klar. Während der zuletzt beobachteten Periode im Anfang Juni 1887 Verwirrungszustand, Ende Juni allmähliches Ruhigerwerden, Psyche noch nicht völlig wieder frei.

Mit grossem Interesse sehen wir hier bei diesen nach fünfmonatlichem freien Intervall ganz plötzlich wiedereingetretenen Krankheitserscheinungen die einzelnen Symptome, die zeitlichen Beziehungen, das Verhalten der Psyche während der Gravidität u. s. w. mit fast photographischer Treue den früheren Krankheitsbildern nachgezeichnet. Die weitere Beobachtung dieses Falles kann erst ergeben, wie lange sich dieser Parallelismus zwischen den letzten und den früheren Anfällen aufrecht erhalten und welchen endgültigen Ausgang die Psychose nehmen wird. Uns aber, die wir unsere Erörterungen vorläufig auf das oben wiedergegebene abgerundete und in sich abgeschlossene Krankheitsbild, wie es sich zur Zeit des ersten Aufenthaltes der Frau W. in der Charité dem Auge darbot, beschränkt hatten, erwächst aus jenen neuen, den früheren durchaus analogen psychopathischen Erscheinungen

eine vollgültige Bestätigung dessen, was wir in den obigen Ausführungen über die Ätiologie und die Natur der in Rede stehenden Geistesstörungen sagten, wir glauben also in bezug auf Ätiologie, Pathogenese, klinische Form und vorläufigen Ausgang der Krankheit, einschliesslich der Prodrome und des Verlaufs der einzelnen Anfälle, unseren Fall mit Recht den bisher beobachteten Fällen von typischer menstrualer Psychose an die Seite stellen zu dürfen.

Unter bestimmten Verhältnissen haben die zur Zeit der Menstruationsvorgänge typisch auftretenden Verwirrungs- und Aufregungszustände, deren kausale Beziehungen zu jenen wir nach den bisher gesammelten Erfahrungen als erwiesen betrachten dürfen, oft auch eine hohe forensische Bedeutung. Es brauchen ja nicht immer Zustände von hochgradiger hallucinatorischer Erregung die Symptome einer menstrual bedingten cerebralen Affektion zu sein: die auch bei geistig normalen weiblichen Individuen zur Zeit der Regel häufig auftretende psychische Depression mit allen ihren Einzelerscheinungen kann, wenn sie unter den gegebenen Bedingungen ins Gebiet des Pathologischen hineinreicht, auch die klinisch wohl charakterisierte Form der periodischen Melancholie annehmen. Innerhalb dieser Krankheitsform treten alsdann sehr häufig jene tiefen Bewusstseinsstörungen auf, die mit den epileptischen Dämmerzuständen — unter diesen von Samt als „psychisch-epileptische Äquivalente" bezeichneten Formen des epileptischen Irreseins vornehmlich mit dem „petit mal" — hervorragende Ähnlichkeiten darbieten. Im Besonderen kommen hier die schwereren Formen jener epileptischen Bewusstseinsstörung in Betracht, in denen heftige, oft bis zur Brutalität ausartende Gewaltakte, sei es gegen die eigene oder gegen fremde Personen, verübt werden. Bekannt sind die rücksichtslosen Angriffe eines derart erkrankten Individuums auf das Leben des anderen und die manchmal ans Unmenschliche grenzenden Verstümmelungen und Zerfleischungen des Opfers, nicht minder aber, wenn zur Zeit keine Personen gegenwärtig waren, die rohen, oft unglaublich erscheinenden Schädigungen des eigenen Lebens. Auch beim menstrualen Irresein können nun solche auf Mord und Selbstmord gerichteten Verwirrungszustände, meist depressiven Charakters, d. h. auf Grund hochgradig gesteigerten melancholischen Wahnes, vorkommen. Klassische Beispiele hierfür sind der in Hitzig's Zeitschrift für die Criminal- und Rechtspflege im Jahre 1827 veröffentlichte Fall, welchen auch v. Krafft-Ebing im

Anfang seiner Arbeit zitiert (eine sonst ruhige und verständige Mutter, die regelmässig unmittelbar vor und während der Menstruation in einen Zustand tiefer Melancholie verfiel, der mit Lebensüberdruss und Neigung zum Selbstmorde einherging, tötete in einer solchen unfreien Geistesverfassung das jüngste ihrer drei Kinder, indem sie es ins Wasser warf), sowie der von Westphal in den Charité-Annalen von 1878 publizierte Fall, welcher in ganz besonderem Grade die psychopathologische und die forensische Bedeutung der menstrualen Geistesstörungen zur Anschauung bringt (eine sonst völlig gesunde, keine Abnormitäten des Charakters und des Temperaments darbietende Frau verfiel zur Zeit eines mit psychischen Erregungen einhergehenden Menstruationstermines in einen prämenstrualen Verwirrungszustand, in welchem sie ihren drei Kindern tiefe Schnittwunden am Halse beibrachte und ihnen mit einem Beil die Schädel zertrümmerte, sich selbst aber durch einen Schnitt am Halse und einen solchen in der linken Ellenbogenbeuge nicht unerheblich verletzte).

Es hat dem Verfasser nahe gelegen, diese beiden Fälle im Sinne der obigen Auseinandersetzungen über das menstruale Irresein epikritisch zu beleuchten, insbesondere die damaligen Schlussbetrachtungen seines hochverehrten Lehrers und ehemaligen Chefs an der Hand der später erschienenen Untersuchungen v. Krafft-Ebing's an dieser Stelle weiterfortzuführen, doch begnügt er sich hier, auf eine nicht unbedeutsame Schwierigkeit hinzuweisen, welche ihm bei der Betrachtung der Frage aufstossen musste, ob man bei dem Westphal'schen Fall diejenigen klinischen Merkmale wiederfindet, die sich erfahrungsgemäss als ständige symptomatische Erscheinungen der menstrualen Psychosen erwiesen haben. Da es nämlich — nach dem oben Gesagten — zum eigentlichen Wesen des menstrualen Irreseins gehört, dass sich dasselbe diskontinuierlich mit regelmässigen periodischen Intervallen äussere, so müsste man doch von vornherein davon Abstand nehmen, bei einer derartigen einmaligen psychischen Erkrankung, wie sie in dem von den Charité-Annalen gebrachten Falle thatsächlich gegeben ist, überhaupt von einer spezifisch menstrualen Psychose d. h. von jener charakteristischen Erscheinung der typischen Wiederkehr akuter Geistesstörung zur Zeit der Menstruationstermine zu sprechen. Nur einmal ist in der ganzen Litteratur, durch E. Powers, die Frage aufgeworfen worden, ob denn das menstruale Irresein immer periodisch sein muss oder ob es nicht einfache Formen von kontinuierlichem Irresein, einmalige, kurz dauernde und sich nie mehr wiederholende Anfälle giebt, welche ätiologisch durchaus zum menstrualen Irresein

gehören. Die genannte Beobachterin glaubte diese Frage a priori bejahen zu müssen, und auch wir vermögen uns dieser Ansicht nur anzuschliessen. Nachdem wir zu der Ueberzeugung gelangt sind, dass der normale physiologische Reiz der Ovulation an und für sich genügen kann, um bei prädisponierten Frauen Irrsinn hervorzurufen, ist kein Grund vorhanden, anzunehmen, dass ein solcher Fall von einmaligem menstrualen Irresein nicht auf irgend eine Weise (Wegfall der disponierenden Schädlichkeiten, Erfolg bestimmter therapeutisch-präventiver Massnahmen oder dgl.) in sofortige Heilung übergehen könne; allerdings wird es schwer sein, zu beweisen, dass eine solche Erkrankung an nicht periodischem menstrualen Irresein thatsächlich und ausschliesslich die Folge eines Ovulationsreizes ist. Dieses wird sich aber gewiss nur in sehr seltenen Fällen sicher ermitteln lassen, weil — nach Powers — „der Anfang meist schlecht oder gar nicht beobachtet wird, während bei den periodischen Formen die Beobachtung durch die Periodizität sehr erleichtert wird"; infolgedessen erklärte jene sich auch trotz zweier von ihr untersuchter, wahrscheinlich hierher gehöriger Fälle ausser stande, über die Fragen eines menstrualen, nicht periodischen Irreseins ein Urteil mit Belegen abzugeben. Wenn es überhaupt, was wir nicht bezweifeln können, ein solches nicht periodisches Irresein menstrualen Ursprungs giebt, d. h. wenn es überhaupt gelingen kann, bei Frauen, die bisher zur Zeit ihrer Menses keine anderen als die leichten, noch in das Bereich des Physiologischen schlagenden nervösen und psychischen Erscheinungen darboten, mit einem Male bei temporär vorhandener Disposition den Ausbruch einer nur durch den Ovulationsreiz hervorgerufenen, gut charakterisierten Psychose zu konstatieren, einer Psychose, welche entweder mit oder bald nach dem Ablauf der menstrualen Zeit, ohne Spuren zurückzulassen, verschwindet, um bei keinem späteren Termin wiederzukehren, oder welche, wenn sie wirklich bis zum Termin der nächsten Ovulation oder darüber hinaus andauert, nur kontinuierlich, höchstens mit menstrualen Exacerbationen verlaufen kann, ohne einen diskontinuierlich periodischen Charakter anzunehmen —, wenn es also ein solches menstruales Irresein giebt, so glauben wir den Westphal'schen Fall mit gutem Grunde als einen solchen Fall bezeichnen zu dürfen. Bei der ungeheuren Tragweite, welche der Ausgang der wissenschaftlichen Untersuchung für das Leben der des dreifachen Kindesmordes angeschuldigten Frau hatte, wurde das Entstehen dieses psychopathologischen Zustandes möglichst genau, mit allen auch den kleinsten Einzelheiten ermittelt; jedenfalls dürfte man hier nicht

von einer schlechten oder gar nicht vorgenommenen Beobachtung des Krankheitsanfanges sprechen. Die durch jene Untersuchung zu Tage geförderten Momente ergaben nun eine Reihe konkurrierender klinisch wichtiger Merkmale, welche in der That in vollem Masse dazu berechtigten, diesen nicht periodischen Fall von menstrualem Irresein in klinischer Beziehung den typisch menstrualen, periodisch verlaufenden Geistesstörungen anzureihen, ihn als einen in sich abgeschlossenen Fall von menstrualer einmalig akut verlaufener Geistesstörung zu deuten.

Haben wir einmal der so häufig vorkommenden grossen Ähnlichkeit zwischen den menstrualen Anfällen und den epileptischen Dämmerzuständen Erwähnung gethan, so wollen wir am Schlusse dieser Betrachtungen nicht verfehlen, in Parenthese kurz auf einen bei dem charakteristischen, beiden gemeinschaftlichen Hauptsymptom — der tiefen Bewusstseinsstörung — uns entgegentretenden klinisch wertvollen Unterschied zwischen beiden aufmerksam zu machen. Damit kommen wir noch einmal vorübergehend auf den in unserem Falle (bei Frau W.) in den einzelnen Anfällen der im Krankenhaus beobachteten Menstruationstermine so deutlich aufgetretenen Zustand tiefer Bewusstseinstrübung zurück. Der damals prämenstrual erfolgte Sprung aus dem Fenster involviert sicherlich auch eine unbeabsichtigte Schädigung des eigenen Lebens, einen unbewussten Selbstmordversuch nach Art der psychisch-epileptischen Erscheinungen. Dennoch aber unterscheidet er sich wesentlich von jenen Conamina suicidii der epileptischen Dämmerzustände zunächst dadurch, dass er auf Grund ganz bestimmter hallucinatorischer Wahnvorstellungen erfolgte, welche der Kranken mit einer gewissen logischen Notwendigkeit zu dem impulsiven Drange verhelfen mussten, das Zimmer zu verlassen (sie sah ihre nächsten Verwandten und ihr Kind sterben und fortgetragen werden, es war ihr im Zimmer zu dunkel, sie fühlte sich darin unglücklich, wollte ihrem Kinde in den Tod nacheilen), während der epileptische Zustand solcher gebieterischen, mit logischer Konsequenz durchgeführten Einwirkung von Sinnestäuschungen auf die Manifestation der psychischen Anomalie vollkommen ermangelt. Hier sind die unerkannten Motive zur That auf inneren Zwiespalt und schreckliche Angstgedanken oder auf heftigen mit Hass und Rache erfüllten Verfolgungswahn gegründet, von Hallucinationen ist hier keine Rede. Nun ist bei beiden differenten Dämmerzuständen ausserdem noch der Grad des Erinnerungsvermögens nach dem Anfall ein sehr verschiedener. Die nach Art des psychisch-epileptischen Äquivalentes erkrankte Frau (Westphal's Fall) vermag sich auf das, was sie im eigentlichen

Verwirrungsanfall begangen, gar nicht zu besinnen, und nur mit Schrecken sieht sie auf die grauenhafte That, deren Urheberin sie sein soll. Für das, was gleich nach dem Anfall erfolgte, bewahrt sie eine sehr oberflächliche, summarische Erinnerungskraft; nur dunkel und verschwommen erscheinen ihr die Bilder, welche sie im Stadium des Überganges zum Wiedererwachen des Bewusstseins und der Urteilsfähigkeit durchlebt hat. Hiergegen ist die Beeinträchtigung der Erinnerungsfähigkeit nach den typischen Anfällen des menstrualen Irreseins, so sehr sie auch sonst an und für sich hervortreten mag, eine wesentlich geringere. Frau W. glaubte immer, wenn sie wieder zu sich kam, aus einem „verzauberten Schlaf" erwacht zu sein, in dem sie die wichtigsten Erlebnisse während des Anfalles, soweit die Erinnerung sie nicht eben völlig im Stich liess, nur geträumt habe; relativ fest sassen bei ihr die einzelnen hallucinatorischen Erscheinungen vor und während des Anfalls im Gedächtnis. So wusste sie sich sehr wohl auf den Sprung auf die Strasse und die vor und nach demselben aufgetretenen Gesichtstäuschungen zu besinnen, im Übrigen aber war ihr Erinnerungsvermögen ein sehr lückenhaftes.

Nach den gesamten bisherigen Erörterungen dürfte ein weiterer Fall aus der Frauenabteilung der Charité-Irrenstation, den Verfasser während seiner Unterarztzeit daselbst zu beobachten Gelegenheit hatte, in dreifacher Hinsicht das Interesse beanspruchen, einmal weil er sich in den wesentlichsten Stücken sehr dem letzthin besprochenen Krankheitsbilde des epileptischen Dämmerzustandes nähert, sodann weil er ganz besondere analoge Beziehungen zu den Erscheinungen des menstrualen Irreseins aufweist, endlich aber weil es sich bei dieser unverkennbaren Ähnlichkeit mit den menstrual-psychopathologischen Verhältnissen um eine bereits im klimakterischen Lebensalter stehende Frau handelt, deren Periode schon seit ca. 5 Jahren fortgeblieben war. Hierbei muss vornehmlich jener augenscheinliche Widerspruch unsere Aufmerksamkeit fesseln, welcher darin besteht, dass ein Fall von Geistesstörung im Klimakterium in analogen Beziehungen zu den menstrualen Psychosen stehen soll, ist ja doch gerade das Aufhören der monatlichen Blutausscheidung, die Menopausis, das eigentliche Wahrzeichen dieser Lebensperiode des Weibes.

Ohne weitere Vorbesprechungen lassen wir die Beschreibung dieses Falles auf Grund des damals selbst gefertigten Krankheitsjournales folgen.

Frau Amalie Ph. geb. L., 45 Jahr alt, evangelisch, Arbeiterfrau, wurde am 5. Juli 1886 wegen Geistesstörung der Neuen Charité überwiesen, nachdem sie 5 Tage vorher, am 30. Juni, einen Selbstmordversuch begangen. Bei der Aufnahme konstatiert man bereits in Heilung begriffene, mehr oder weniger tiefe Schnittwunden am Hals in der Höhe des Schildknorpels, an beiden Handgelenken den Artt. radiales entsprechend, in beiden Ellenbogenbeugen, sowie am linken Unterschenkel dicht unterhalb des Kniegelenks. Pat. befindet sich in dürftigem Ernährungszustand, verharrt in trüber, weinerlicher Stimmung, spricht wenig, antwortet nur zögernd und mit klagender Stimme. Auf Befragen sagt sie aus, dass die Wunden von ihr selbst herrühren, dass sie „das" vor etlichen Tagen, als sie „ganz von Gedanken" gewesen, gethan habe; jedenfalls habe sie sich vorher nicht mit der Absicht getragen, sich das Leben zu nehmen. Keine Wahnvorstellungen, keine Sinnestäuschungen, ruhiges, aber ängstliches Verhalten.

Nach der Aussage des (20 Jahr alten) Sohnes hat Pat. bis dahin noch niemals Spuren einer geistigen Störung zur Schau getragen, ist auch körperlich immer gesund gewesen. Hereditär belastende Momente konnten nicht eruiert werden. Irgend welche nervöse oder psychische Störungen zur Zeit der Periode wurden in der Familie — Pat. verheiratete sich nach dreimaliger ausserehelicher Entbindung vor 10 Jahren und lebte in kinderloser, nicht sehr glücklicher Ehe und oft recht dürftigen Verhältnissen — nicht beobachtet. Nach dem Aufhören der Periode, welches vor 4—5 Jahren erfolgte, hat Pat. häufig über Schwindel- und Angstanfälle geklagt, die ziemlich regelmässig alle 4 Wochen eintraten; zur Zeit dieser Anfälle wurde sie oft etwas schwermütig, doch gab sich das immer bald wieder.

Der letzte derartige Depressionszustand datiert seit ca. dem 25. Juni; Pat. war damals sehr unruhig, ging viel umher, sprach vor sich hin, weinte, machte sich allerhand schwermütige Gedanken, kam schliesslich mit Klagen, sie habe doch niemandem etwas gethan, sei unschuldig u. s. w. Am Tage vor der Katastrophe (29. Juni) hat sie viel geseufzt und gejammert, gescholten, im Gesangbuch gelesen, sich über lauten Lärm beklagt, wo alles still war, ferner beschwerte sie sich über die im Hof spielenden Kinder, die ihr zuschrieen, dass sie von der Welt, dass sie sterben müsse — „die Kinder singen mich ins Grab" —. Der Mann und die beiden (in die Ehe mit übernommenen) Söhne — eine Tochter war kurz nach der Geburt gestorben — mussten nachmittags zur Arbeit und liessen sie, ohne sich ihr Verhalten erklären zu können, aber ohne etwas Schlimmes zu ahnen, allein. Als sie abends wiederkehrten, war starker Petroleumdunst im Zimmer, die Mutter roch aus dem Munde nach Petroleum und sagte, sie habe eine halbe Flasche davon aus Verzweiflung ausgetrunken. (Thatsächlich muss sie weniger getrunken haben, da viel von der Flüssigkeit auf der Erde versprengt und die Flasche noch zur Hälfte gefüllt war.) Sonst ist sie an dem Abend ruhig und still gewesen, hat nicht soviel geweint, wie in den letzten Tagen, hat ihr Abendbrot ruhig gegessen und gut geschlafen.

Am 30. Juni zeigte sie schon von früh an ein sehr verändertes, auffälliges Betragen. So fragte sie z. B. die Söhne gleich beim Aufstehen: „Soll ich Euch denn wirklich Kaffee kochen?" während sie das sonst stets von selbst gethan hatte. Bis zur Mittagszeit, wo der Mann und die Söhne auf eine Stunde zum Essen nach Haus kamen, war sie dann allein, und ihre Handlungen entzogen sich der Beobachtung. Zu Mittag las sie laut im Gebetbuch, seufzte dabei häufig tief auf, forderte,

dass alles um sie her still sei, sich niemand rühren, dass ferner kein Messer, kein Löffel aus dem Tischkasten genommen werden sollte u. s. w. Die eindringlichen Fragen der Angehörigen liess sie unbeantwortet. — Der diesen Bericht abstattende Sohn kam abends $8^1/_2$ Uhr nach der Arbeit zuerst nach Hause, er fand die Thür zum Wohnzimmer verschlossen, auf sein Klopfen wurde nicht sofort geöffnet, erst nach viertelstündigem anhaltenden Klopfen öffnete die Mutter, ohne ein Wort zu sagen, die Thür. In der Dunkelheit war anfangs nichts von dem Vorgefallenen zu sehen, als der Sohn jedoch Licht machte, fand er, dass die Mutter an den Händen und am Halse geblutet hatte, dass das Waschbecken voller Blut und die Stubendielen voller Blutlachen waren — die Wunden selbst haben zu der Zeit nicht mehr geblutet, die Mutter sagte selbst aus, dass sie Petroleum darauf gegossen habe! — Auf die Frage, was das alles zu bedeuten habe, wusste Pat. nichts zu erwidern; auch wie lange vorher das Schreckliche geschehen, wusste sie nicht anzugeben. Sie sagte nur, dass sie zu Mittag furchtbare Hitze und starkes Stechen im Kopf verspürt habe; was sie im Laufe des Nachmittags gethan habe, wisse sie nicht, das Geschehene thue ihr leid, sie könne aber selbst nichts dafür. Auch dem später heimkehrenden Mann konnte sie keine weitere Auskunft geben; derselbe schickte zuerst zur Polizei und erst auf deren Veranlassung zum nächsten Arzt, der jedoch nicht zu Hause war, sodass die Wunden erst am folgenden Morgen von der Sanitätswache aus verbunden wurden. In der Nacht hat die noch immer halb verwirrte Frau sehr unruhig geschlafen und viel gesprochen. Der Sohn giebt an, folgende Bruchstücke aus ihren wirren Redereien genau gehört zu haben: „Mein lieber Jesu, komm herein und schenke mir ein Gläschen Wein, — ich muss hier so unschuldig leiden als arme Sünderin — ich habe doch niemandem etwas zu leide gethan — du hast ja auch so viel unschuldig gelitten — ach komme nur, komme, ich will ja alles mit Geduld ertragen“ u. s. w.

In den nächsten Tagen darauf verharrte Pat. in einem gleichmässig traurigen, verzweifelten Gemütszustande, weinte viel, ass nur sehr wenig, nahm ihre Arznei nicht ein, sprach viel von ihren „armen Kindern“, sie müsse nun sterben u. s. w. Als sich dies Verhalten nicht änderte, überführte man sie am 5. Juli ins Krankenhaus.

Bei der hier wiederholt vorgenommenen Exploration machte die Kranke folgende bestimmten, sich immer gleich bleibenden Angaben: Ihre Periode sei früher alle 4 Wochen regelmässig eingetreten, immer mit starkem Blutverlust verknüpft gewesen und habe gewöhnlich 6—8 Tage angehalten; besondere Beschwerden (Beklemmung, Unruhe, Kopfschmerzen u. dgl.) seien dabei nicht erschienen. Bis zur Menopause (ca. zum 40. Lebensjahr) will Pat. niemals an Schwindel-, Ohnmachts- und Angstanfällen, auch nie an Krämpfen gelitten haben; erst als die Periode im Wechseljahr nicht mehr erfolgte, seien immer gewisse Anfälle der genannten Art an ihre Stelle getreten, gleich das erste Mal habe sie anstatt der Periode einen Angstanfall bekommen, und auch fernerhin seien dieselben der Zeit nach immer nur dann erfolgt, wenn — in den noch nicht klimakterischen Jahren — normal die Periode hätte eintreten müssen; jedenfalls nur alle 4 Wochen, mit regelmässigen, genau zu berechnenden zeitlichen Zwischenräumen. Die einzelnen Anfälle machen sich dadurch bemerkbar, dass ein heisses Gefühl — „das Blut“ — von der Gegend des Unterleibes zuweilen schnell, zuweilen langsam bis ganz oben zum Kopfe hinaufsteigt, dass ihr dabei in der Brust, im Halse und im Kopfe sehr warm wird; sobald

das Hitzegefühl in den Kopf hinaufkommt, wird es ihr ganz schwarz vor den Augen, dann wird sie schwindlig, sie muss sich festzuhalten suchen oder sich hinsetzen, um nicht umzufallen. Das Bewusstsein hat sie in den früheren Anfällen nicht völlig verloren, doch verband sich mit ihnen eine heftige Angst. Diese Anfälle, von denen einige bis zu einer halben Stunde gedauert haben sollen, haben sich immer nur am Tage eingestellt; Symptome eines nächtlichen Anfalls stellt Pat. in Abrede. In der Zwischenzeit, wenn die Anfälle nicht kamen, fühlte sie sich stets wohl und gesund und vermochte fleissig ihrer Wirtschaft nachzugehen. Viel Gedanken habe sie sich wegen dieser Anfälle nicht gemacht, sie habe auch ihrem Mann nichts davon gesagt — „ich hielt es für Blutwallung"! —

Der letzte derartige Anfall, in welchem sie sich die Verletzungen beigebracht, ist besonders schwer gewesen. Sie befand sich nachmittags in der Küche, mit dem Reinigen des Geschirrs beschäftigt, und hat vorher keinerlei Anzeichen eines körperlichen Unbehagens gespürt. Ganz plötzlich ist ihr wieder in der gewohnten Weise schlecht geworden, d. h. das Blut stieg ihr mit grossem Hitzegefühl von unten bis in den Kopf empor, und es wurde ihr schwarz vor den Augen. Diesmal aber schwand die Besinnung vollkommen; von diesem Augenblick an weiss sie nicht mehr, was geschehen. Pat. entsinnt sich bestimmt, dass der letzte Gegenstand, welchen sie beim Abwaschen in der Hand gehabt, ein Tischmesser gewesen sei. Keineswegs habe sie es in der Absicht gehabt, sich damit zu schneiden. Wo sie mit dem Messer hingeschnitten hat, ob es Schmerz verursacht habe, ob Blut geflossen sei, davon weiss sie gar nichts. Als sie wieder zu sich gekommen, war es finster: sie habe sich sehr darüber gewundert, sich in der Stube mit ihren Kleidern oben auf dem Bett liegend zu finden, da ihre letzte Erinnerung doch nur bis zum Abwaschen des Messers in der Küche reichte. Durch heftiges Klopfen an der Stubenthür sei sie vollends wach geworden, sie sei aufgestanden und habe ihrem Sohne geöffnet. Dieser, sowie sein Vater und sein Bruder seien bei ihrem Anblick sehr erschreckt gewesen, hätten laut aufgeschrieen und sich erkundigt, woher das Blut rühre. Darauf sei sie ihm zunächst die Antwort schuldig geblieben, allmählich jedoch hätte sie selbst es glauben müssen, dass sie sich die Wunden selber zugefügt habe, weil sie ja zuletzt ein Messer in der Hand gehabt. Es sei ihr nach dem Anfall sehr dumpf im Kopf gewesen, und auch körperlich fühlte sie sich sehr matt und müde. — Pat. vermag sich absolut nicht zu besinnen, vor wieviel Tagen das passiert ist und seit wie langer Zeit sie sich in der Anstalt befindet; der Kopf ist ihr nach dem Anfall „sehr gedankenschwach" geblieben. —

Der weitere Verlauf der Krankheit ist ein sehr einförmiger; Pat. verblieb zunächst einige Wochen in ängstlichem, gleichgültigem und teilnahmlosen Verhalten; machte sich viel schwermütige Gedanken und Selbstvorwürfe, weinte viel, klagte immer über Dumpfheit und Vollsein im Kopf, über Gedankenschwäche und Unbesinnlichkeit, und war für keinen Trostzuspruch, für keinerlei Gemütsbewegung (z. B. beim Besuch der Söhne oder bei dem der Schwester, die sie seit vielen Jahren nicht mehr gesehen,) zugänglich und empfänglich. Immerhin konnten damals noch ihre zwar spärlichen und kurzen, aber doch immer noch klaren und zweckentsprechenden Antworten einigermassen überraschen. Im Laufe der nächsten Monate erfolgte nun langsam und kaum bemerklich der Übergang aus jenem melancholischen Zustande in den der chronischen Verrücktheit. Pat. wurde immer schwachsinniger, verharrte mit ängstlich

verstörtem, stupidem Gesichtsausdruck in fast stuporöser Apathie, antwortete schliesslich überhaupt nur noch auf drei stereotype Fragen. Zugleich bestanden mässig heftige Verfolgungsgedanken, die sie zuerst noch betrübter und verschlossener machten, später aber schon bei den kleinsten Vorkommnissen, die sie auf sich gemünzt wähnte, in den Zustand starker Erregtheit, oft fast wütender Gereiztheit versetzten. Am 25. November 1886 wurde sie aus der Neuen Charité als unheilbar entlassen und der Städtischen Irrenanstalt zu Dalldorf übergeben. —

Wenn wir uns diesen Krankheitsfall zum Zweck einer kurzen Besprechung näher ansehen, so dürfte es uns schwer fallen, denselben sofort und ohne Bedenken in eine der ätiologisch und symptomatisch genau abgegrenzten, klinisch anerkannten Psychosengruppen einzureihen, bietet er doch trotz seiner anscheinenden Einfachheit der charakterisierenden Symptome gewisse differentiell-diagnostische Schwierigkeiten dar, die durch die obwaltenden Wechselbeziehungen zwischen den pathogenetischen und symptomatischen Verhältnissen und dem Lebensalter der Kranken hervorgerufen werden.

Die hervorstechende Ähnlichkeit des Krankheitsbildes mit den Erscheinungen des epileptischen Dämmerzustandes, die zumal in der transitorischen absoluten Aufhebung des Bewusstseins, dem Selbstmordversuch und der fast ganz geschwundenen Erinnerungsfähigkeit für das Geschehene ihren Ausdruck findet, konnte uns dabei wohl vom symptomatischen, nicht aber vom ätiologischen Standpunkte aus von Nutzen sein; es findet sich eben kein Anhaltspunkt dafür, dass wir es hier mit einem der psychisch-epileptischen Äquivalente zu thun haben, denn nach eigener, wiederholt betonter Aussage der Kranken und nach ausdrücklicher Bestätigung dieser Aussage durch die beiden Söhne hat Frau Ph. niemals auch das geringste Anzeichen eines epileptischen oder epileptoiden Krankheitszustandes, sei es nervöser oder psychischer Natur, dargeboten.

Wollten wir aber unseren Fall wegen der seit 5 Jahren bestehenden Menopause kurzweg als einen Fall von „klimakterischer Psychose" bezeichnen, so wäre das nicht nur eine oberflächliche, sondern auch eine ganz unwissenschaftliche, klinisch gar nicht zutreffende Benennung, denn das Aufhören der Geschlechtsreife bei den Frauen ist an und für sich nicht im stande, Geisteskrankheiten zu erzeugen, die man als besonderes klimakterisches Irresein, d. h. als eine Irrsinnsform deuten dürfte, welche ganz bestimmte klinische Merkmale darböte, aus denen sich ein ganz bestimmter Schluss auf die eigentliche präponderierende Krankheitsursache, nämlich das Klimakterium, ziehen liesse. Die Involutionsperiode des Weibes bildet vielmehr nur

eine bald prädisponierende, bald accidentelle Ursache, wobei nach v. Krafft-Ebing — „allerdings gewisse die Krankheit einleitende pathogenetische Momente, sowie gewisse von den Sexualorganen ausgehende und im Zusammenhang mit dem klimakterischen Prozess stehende, zum Bewusstsein gelangende Empfindungen oder unbewusst wirkende Erregungsvorgänge dem Krankheitsbild und -verlauf Züge leihen können, die einen Wahrscheinlichkeitsschluss auf die klimakterische Ursache gestatten."

Auch wenn wir zu dem oben auf das Lebensalter Bezüglichen noch hinzurechneten, dass unser Fall in bezug auf Symptome und Verlauf (Angstgefühle, Gehörshallucinationen, gesteigerte Reizbarkeit, schwarzseherische Wahnvorstellungen, Kongestionen zum Kopf, heftige Angstanfälle, Selbstmordversuch und endlicher Übergang der Psychose in kontinuierliches Irresein mit schlechtester Prognose) eine bedeutsame Ähnlichkeit mit den so häufig im Beginn des Klimakteriums zu beobachtenden Geistesstörungen melancholischen Charakters besitzt, ja dass er schliesslich selbst als typischer Fall von akuter Melancholie betrachtet werden könnte, auch wenn wir ferner die Menopause unbedingt als die einzig und allein prädisponierende Ursache anerkennen würden, so könnten wir doch eben nur von einer „akuten Melancholie zur Zeit und auf Grund des Klimakteriums" sprechen. Der Kern der Sache ist dabei aber in unserem Falle noch lange nicht getroffen, noch fehlt in ätiologischer Hinsicht zur ausgiebigen Definition das wichtige Zwischenglied, welches in den alle vier Wochen zur Zeit der fälligen Menstruationstermine regelmässig wiederkehrenden Angstanfällen gegeben ist. Und schliesslich können wir noch nicht einmal von fälligen Menstruationsterminen reden, denn wenn die Menses im kritischen Alter des Weibes überhaupt schon jahrelang cessierten, sind ja natürlich auch keine Menstrualtermine mehr fällig.

Wir müssen uns also vorläufig nach einem nominellen Bindemittel umsehen, welches uns, wenigstens ideell, über die bestehende Schwierigkeit hinweghilft, ohne damit thatsächlich die vorhandene Kluft zu überbrücken; es sei uns deshalb gestattet, jene bei Frau Ph. aufgetretenen psychischen Anfälle, welche sofort im Beginn des Klimakteriums entstanden und regelmässig zur Zeit der hypothetisch eintreten sollenden, aber naturgemäss nicht mehr eintretenden Menstruen wiedererschienen, als „pseudomenstruale Anfälle" zu bezeichnen. Wenn uns mit diesem Worte im Grunde auch nur wenig geholfen sein dürfte, so vermögen wir doch jenen uns hauptsächlich beschäftigenden Begriff damit

kurz zu präzisieren. In der That liegt ja der Schwerpunkt unseres Falles in dem regelmässigen Auftreten der psychischen Anfälle zur Zeit jener pseudomenstrualen Termine.

Dabei setzen wir natürlich voraus, dass die anamnestischen Angaben der Kranken über die Zeit jener Anfälle vollkommen der Wirklichkeit entsprechen, und wir haben keinen Grund das zu bezweifeln, da die diesbezüglichen Aussagen trotz des wenige Tage vorausgegangenen Verwirrungszustandes mit einer solchen klaren, bei den verschiedenen Explorationen sich immer gleich bleibenden Bestimmtheit gemacht wurden, dass wir wirklich nicht zu begreifen vermögen, wie die Kranke bei ihrer absoluten Unkenntnis der physiologischen und pathologischen Erscheinungen auf dem Gebiete der Involution, in ihrer Geistesverwirrung auf derartige Gespinnste hätte kommen können. Ausserdem bestätigten ja aber auch die Angehörigen, dass nach dem Verschwinden der Periode immer zu der Zeit, wo dieselbe nach dem Gesetze der Periodizität normal hätte auftreten müssen — also pseudomenstrual —, ein Schwindel- und Ohnmachtsanfall mit melancholischen Angstzuständen sich einstellte.

Sehen wir aber einmal von dem seit Jahren nicht mehr erfolgten Eintreten der Menses ab und betrachten wir das Krankheitsbild im Hinblick auf das periodisch regelmässige Erscheinen der einzelnen Anfälle näher, so sehen wir, wie sich alles vortrefflich auf einen Fall von periodischem menstrualen Irresein, diesmal mit dem Charakter der periodischen Melancholie, zuspitzt. Wir stehen nicht an, die seit einer Reihe von Jahren regelmässig alle 4 Wochen erfolgenden Anfälle als psychopathischer Natur anzusehen, denn die anamnestischen Angaben seitens der Familie der Kranken, nach welchen sich immer ein Zustand tieferer unbegründeter Schwermütigkeit und Niedergeschlagenheit mit Angstzuständen, also eine psychische Depression an dieselben anschloss, gründen sich auf jahrelange Beobachtung und haben durchaus nichts Unglaubwürdiges an sich. In gleicher Weise halten wir uns versichert, dass die Aussage, dass in den Zwischenzeiten immer normales psychisches Verhalten zur Beobachtung kam, der Wirklichkeit entspricht; es war ja trotz der langen Zeit seit dem ersten Auftreten eines derartigen Anfalles der Familie niemals der Gedanke gekommen, dass die Mutter sich in einem Zustande von Geistesgestörtheit, noch dazu von dauernder Geistesgestörtheit, befinden könnte, weil man sich eben an die regelmässige Wiederkehr jener zuerst gelinden, dann etwas stärkeren, aber immer noch keine Besorgnis erregenden geistigen Schwächezustände

und an ihr alsbald erfolgendes Wiederverschwinden gewöhnt hatte, sodann weil man ihre ursächliche Begründung nach Laienart, aber diesmal unbewusst ganz richtig, in den körperlichen Vorgängen zur Zeit der Wechseljahre suchte. Jedenfalls wurden ausgesprochene intervalläre — also interpseudomenstruale — psychische Anomalieen in keiner Weise direkt beobachtet.

Im Anschluss hieran gewinnt die fast klassisch zu nennende Schilderung der Fluxionserscheinungen im Beginn der einzelnen Anfälle, welche die Patientin selbst in ganz charakteristischer Weise subjektiv als „Blutwallung" bezeichnete, besondere Bedeutung. Das Auftreten der Schwindel- und Ohnmachtsanfälle, welche gleichbedeutend sind mit transitorischen Bewusstseinsstörungen leichteren Grades, der plötzliche, ganz unvorbereitet erfolgende Eintritt des Anfalls, das rasche Ansteigen des Bildes zur ausgesprochenen Melancholie, der rasche Abfall der pathologischen Erscheinungen zur psychischen Norm, die brüske Verkehrung und tiefe Entstellung der physiognomischen Persönlichkeit im Anfall, die Trübung des Bewusstseins nach demselben — alles spricht mit unverkennbaren Zügen für eine treffende Analogie unseres Falles mit den typischen menstrualen Psychosen im klinischen Sinne. Die Periodizität der Anfälle vor der Einlieferung der Kranken ins Irrenhaus war nach dem oben Gesagten auch für die ärztliche Beurteilung als erwiesen zu betrachten; natürlich war es von grosser Wichtigkeit, darauf zu achten, ob sich nicht auch noch im Krankenhause, auch nachdem bereits aus der Periodizität der psychopathischen Zustände eine Kontinuität derselben geworden, zur fälligen Zeit ein gleicher oder doch ein ähnlicher Anfall wie früher wieder einstellen würde. Und in der That erfuhren wir, genau am 28. Tage nach dem letzten Anfall und der damit verbundenen Katastrophe, bei der Abendvisite von der Patientin, dass sie nachmittags wieder ein aufsteigendes Hitzegefühl („von unten hinauf bis zum Kopfe") gespürt habe, welches genau den früheren Anfällen entsprach, dass ihr dabei übel und schwindlig geworden sei, dass sie sich aber, weil es rascher als sonst vorüberging, davon nichts habe merken lassen! — Ein weiterer derartiger Fluxions- und Schwindelanfall wurde in der Folgezeit von der immer mehr in stuporöse Gleichgültigkeit versinkenden Kranken nicht mehr eruiert; auch ist es ja möglich, dass dies der letzte Anfall war.

Diagnostisch könnten wir also nach alledem ganz gut von einem periodischen menstrualen Irresein bei Frau Ph. reden, wenn dabei nicht eben die Hauptsache fehlte: die Menstruation. Es wird uns daher, nachdem es nicht gelungen ist, in der ganzen

uns zu Gebote stehenden Litteratur einen Fall zu finden, welchem der unsrige mit Rücksicht auf die genaueren ätiologischen Verhältnisse zur Seite gestellt werden könnte, nichts anderes übrig bleiben, als den letzteren als einen eigenartigen anzusehen; vielleicht sind wir sogar berechtigt, ihn mit einem besonderen Namen, nämlich als einen Fall von „klimakterisch-pseudomenstrualem Irresein" zu bezeichnen.

Wenn wir auch berücksichtigen, dass namentlich durch plötzliche Sistierung der Menses im Klimakterium — wie in unserem Fall — schwere Erscheinungen von Seiten des Nervensystems und des psychischen Centralorgans ausgelöst werden können, wenngleich wir im Speziellen die Häufigkeit der Circulationsanomalieen, der Fluxionen zum Gehirn und der durch diesen „ardor fugax" pathologisch bewerkstelligten cerebralen Symptome als anerkannte Erfahrungsthatsache hinnehmen, so vermögen wir uns auf eine Erklärung jener Kongestivzustände infolge pseudomenstrualer fluxionärer Vorgänge an dieser Stelle nicht näher einzulassen. Im Anschluss an die oben gebrachten Auseinandersetzungen v. Krafft-Ebing's über die durch den Ovulationsreiz hervorgebrachten vasomotorischen Innervationsstörungen und die irradiierend rückwirkende Kraft jenes Reizes auf das Centralorgan könnten wir höchstens annehmen, dass trotz des Versiegens der Menses in einem Lebensalter, in welchem bei der Mehrzahl der Frauen die Zeugungsfähigkeit erlischt, sich immer noch periodisch wiederholte ovariale oder ihnen analoge Vorgänge innerhalb des ganzen Sexualapparates abgespielt haben, über deren nähere Natur wir nicht im Stande sind ein positives Urteil abzulegen. Es wäre leicht zu sagen, das die Frau sich überhaupt noch gar nicht im klimakterischen Alter befand, sondern dass bei ihr die regelmässigen Ovulationsvorgänge nur mit Amenorrhoe einhergingen und die cerebralen Kongestionen als die Folge einer Art von vikariirenden Fluxionen anzusehen seien. Dagegen müssen wir erwidern, dass, wenn im Alter zwischen 40 und 41 Jahren die Periode erlischt und sich durch volle 5 Jahre hindurch nicht ein einziges Mal mehr einstellt, man gewiss das Recht hat zu behaupten, dass das Geschlechtsleben, die Sexualthätigkeit des Weibes beendet und das letzere selbst in die Lebensphase des Klimakteriums hinaufgerückt ist.

Nach dieser Richtung hin nimmt unser Fall in der That eine nicht abzuleugnende Sonderstellung ein, und selbst wenn wir uns aus anderen Gründen dazu verständen, ihn schlechthin als einen Fall von menstrualer Psychose anzusehen, so muss doch von vornherein gerade das Entstehen des Krankheitsbildes un-

mittelbar im Anschluss an die Zeit, wo die den typischen menstrualen Psychosen zugrunde liegenden Menstruationsvorgänge aufhörten, um nie mehr wiederzukehren, ganz besonderes Bedenken erregen. Jedenfalls hatten wir Recht, wenn wir sagten, dass dieser nunmehr als klimakterisch-pseudomenstruale Geistesstörung gedeutete Fall nach verschiedenen Richtungen hin das regste Interesse für sich in Anspruch nimmt. —

Im Hinblick auf die hervorragende Bedeutung, welche die durch die Menstruation bewirkten Geistesstörungen, in welcher Form sie auch auftreten, in sittlicher, gesellschaftlicher und gerichtlicher Beziehung gewinnen können, sei es gestattet, unseren Beitrag zur Lehre von dem menstrualen Irresein mit den Worten Berthier's zu beschliessen: „Nous sommes persuadés qu'un écrivain physiologiste et psychologue, grand clinicien, qui consacrerait chaque soir une heure ou deux à prendre des notes relatives à l'influence de la menstruation sur le système nerveux, dans ses rapports avec la morale, le droit et la société, pourrait composer un ouvrage des plus utiles pour les savants, les médecins, les ministres de la religion et les magistrats". —

Am Schlusse dieser Arbeit erfülle ich die angenehme Pflicht, Hrn. Geheimen Medicinal-Rat Prof. Dr. Westphal für die gütige Überlassung des Materials und Hrn. Oberarzt Dr. Siemerling für die freundliche Unterstützung bei der Abfassung der Arbeit auch an dieser Stelle meinen ergebensten Dank auszusprechen.

Thesen.

I.

Es giebt ein „klimakterisch-pseudomenstruales“ Irrescin.

II.

Bei der Operation des Leberechinococcus ist die Incision nach dem ein- oder zweizeitigen Verfahren allen anderen Methoden vorzuziehen.

III.

In den Fällen, wo bei lebender Frucht die Entbindung auf natürlichem Wege ohne Aufopferung des kindlichen Lebens nicht zu erreichen ist, ist, auch wenn die Mutter die Ausführung des Kaiserschnittes wünscht, die Perforation vorzunehmen.

Lebenslauf.

Verfasser dieser Arbeit, Friedrich Max Bartel, Sohn des Hausinspektors und Rendanten Bartel zu Ilfeld (Provinz Hannover), evangelischer Konfession, wurde am 18. April 1862 zu Haynau (Provinz Schlesien) geboren. Seine wissenschaftliche Vorbildung erhielt er auf dem Kaiserlichen Lyceum zu Metz und der Königlichen Klosterschule zu Ilfeld, welche er am 10. März 1882 mit dem Zeugnis der Reife verliess. Am 30. März 1882 wurde er als Studierender der militairärztlichen Bildungsanstalten in das Königliche medicinisch-chirurgische Friedrich-Wilhelms-Institut zu Berlin aufgenommen. Seiner Dienstpflicht mit der Waffe genügte er vom 1. April bis 1. Oktober 1882 als Einjährig-Freiwilliger bei der 5. Compagnie Kaiser-Alexander-Garde-Grenadier-Regiments No. 1. Am 5. März 1884 bestand er die ärztliche Vorprüfung, am 2. Februar 1886 das Examen rigorosum. Am 15. Februar 1886 wurde er zum Unterarzt im 1. Badischen Feld-Artillerie-Regiment No. 14 ernannt und gleichzeitig auf ein Jahr zur Dienstleistung im Königlichen Charité-Krankenhause zu Berlin kommandiert. Seit dem 21. März 1887 ist er in der Ablegung der medicinischen Staatsprüfung begriffen.

Während seiner Studienzeit besuchte Verfasser die Vorlesungen, Kliniken und Kurse folgender Herren: Bardeleben, von Bergmann, du Bois-Reymond, Dilthey, Eichler (†), Ewald, Fräntzel, Fritsch, von Gizycki, Grawitz, Gurlt, Gusserow, Hartmann, von Helmholtz, Henoch, Hirsch, Hofmann, Jäckel, Koch, Köhler, Kossel, Lassar, Leuthold, Lewin, Leyden, Liebreich, Liman, von Martens, Orth, Reichert (†), Salkowski, Schröder (†), Schweigger, Schwendener, Schweninger, Senator, Trautmann, Virchow, Waldeyer, Westphal, Zwicke.

Allen diesen Herren, seinen hochverehrten Lehrern, spricht Verfasser hiermit seinen aufrichtigsten Dank aus.